

331525



# UNIVERSIDAD INSURGENTES

*Plantel Xola*

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON INCORPORACIÓN  
A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25

“LOS AFECTOS Y EL AUTOCUIDADO EN  
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS  
TIPO II”

## TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA

C. SILVIA MARIBEL RAMÍREZ CISNEROS

DIRECTOR: DRA. REBECA OÑATE GALVÁN

MÉXICO, D.F. A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2005

m347794



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

*A ti mamá por guiarme en este camino y apoyarme en todas las formas que existe y a ti papá por haberme acompañado en esta etapa de mi vida, siendo ambos una gran fuerza para superar los obstáculos.*

*A ti chiquita por impulsarme y darme tu apoyo con ese especial carácter que te hace muy especial*

*A mi tío Herminio y familia por ser un gran apoyo en mi vida personal y profesional al estar conmigo en todo momento*

*A la Dra. Maru Patlán por acompañarme al ser mi guía y apoyarme en una etapa más de mi vida e impulsarme al crecimiento y desarrollo*

*A la Dra. Rebeca Oñate por su paciencia, apoyo y tiempo dedicado a este proyecto y motivarme seguir adelante*

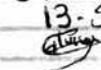
*A Tere, Alex, Gersa, Héctor y Gus, amigos quienes recorrimos juntos este camino para seguir adelante en todos los aspectos de la vida*

*Gracias a todas aquellas personas que me ayudaron a concluir esta investigación con su colaboración y motivación*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo investigativo.

NOMBRE: Silvia Maribel Acuña Cisneros

FECHA: 13-Sep-2005

FIRMA: 

## INDICE

**Resumen**

**Introducción**

**Justificación**

### **I MARCO TEORICO**

1. La diabetes como trastorno orgánico.....	6
1.1 Definición.....	8
1.2 Origen.....	10
1.3 Clasificación.....	12
1.4 Sintomatología.....	14
1.5 Tratamiento.....	16
2. Trastornos Psicofisiológicos	
2.1. Etiología de los trastorno psicofisilógicos.....	20
2.2. Proceso del trastorno psicofisiológico.....	24
2.3. Tipos de reacciones psicofisiológicas .....	27
2.4. La diabetes como reacción psicofisiológica.....	29
3. El autocuidado	
3.1. Desarrollo del autocuidado.....	35
3.2. El autocuidado en el adulto.....	48
3.3. La adherencia terapéutica en el diabético.....	52

4	Los afectos	
4.1	Desarrollo de los afectos.....	61
4.2	Clasificación de los afectos.....	68
4.2.1	Afectos que incrementan al yo.....	70
4.2.2	Afectos que conservan al yo.....	71
4.2.3	Afectos que decrementan al yo.....	72
4.2.4	Afectos de relaciones significativas.....	75
4.3	Los afectos en pacientes diabéticos.....	77
5	El yo y sus funciones	
5.1	Definición del yo.....	80
5.2	Funciones del yo.....	81
5.3	Regulación y control de impulsos.....	85
5.4	Relaciones objétales.....	87
5.5	Funciones yoicas en el diabético.....	91
6.	Estudios previos de personas diabéticas relacionadas con sus afectos.....	95

## II METODOLOGÍA

1.	Planteamiento del problema.....	102
2.	Objetivos generales.....	102
3.	Hipótesis.....	102

4. Identificación de variables.....	103
5. Definición de variables.....	103
5.1 Definición conceptual de variables.....	103
5.2 Definición operacional de variables.....	104
6. Muestra .....	105
7. Diseño de investigación.....	105
8. Tipo de estudio.....	105
9. Escenario.....	105
10.Instrumentos .....	106
11.Procedimiento.....	107
12.Análisis estadístico.....	109
<b>III RESULTADOS.....</b>	<b>111</b>
<b>IV DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>132</b>
<b>V CONCLUSIONES.....</b>	<b>142</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>150</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>155</b>

## Resumen

En el presente trabajo se realizó una investigación sobre Los Afectos y Autocuidado de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con el objetivo Identificar el perfil de afectos en el diabético y Conocer el autocuidado en relación a su enfermedad. El estudio se realizó con una muestra no probabilística intencional de 60 hombres y mujeres entre 35 y 65 años, con 30 sujetos diabéticos y 30 no diabéticos a los cuales se les aplicaron los cuestionarios de 1) autocuidado y 2) el cuestionario de afectos de González A. (1995). Se analizaron estadísticamente los resultados con una prueba no paramétrica de Mann-Whitney-Wilcoxon por factores afectivos para datos ordinales, factores de afectos que: 1) incrementan al yo, 2) conservan al yo, 3) decremantan al yo, y 4) afectos en las relaciones de objeto. Asimismo se realizaron pruebas estadísticas no paramétricas de ambos grupos para cada reactivo del cuestionario de afectos y finalmente se realizó un análisis de frecuencias cualitativo del cuestionario de autocuidado

Se concluye que para las personas diabéticas es importante mantener un vínculo cercano con su médico en el que éste se muestre firme y exigente para que puedan mantener la adherencia terapéutica, debido a la baja autoestima y a las defensas obsesivas que presentan. Esto eleva su autoestima y se vuelve un motivador para que el diabético pueda manejar en una forma más adecuada la expresión de sus afectos.

El perfil afectivo del diabético demuestra que para el diabético es importante sentirse aceptado, debido a que se encuentra en una lucha entre afectos que conservan su autoestima contra afectos que decremantan su autoestima, así esta necesidad lo hace obsesivo en su expresión afectiva. Por lo tanto en el diabético el perfil afectivo denota una baja autoestima, pero a su vez un esfuerzo para mantener estable su enfermedad.

## INTRODUCCIÓN

La diabetes es una de las enfermedades crónico degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en nuestro país, (Vázquez, F. 2002), por ello se encuentra clasificada dentro de los trastornos orgánicos. Esta se caracteriza por la elevación de glucosa en la sangre, debido a una ausencia de insulina (diabetes tipo I) o a la resistencia de sus efectos (diabetes tipo II). Existe una clara definición de lo que es esta enfermedad, así como de las posibles causas de donde proviene, con el detalle de sus síntomas, su clasificación y el tratamiento sugerido.

Por otra parte, en el área psicológica Dumber en 1935(citado en Mackinnon, A. 1981) la inconsistencia y la indecisión son rasgos característicos de las personalidades diabéticas. Los pacientes presentan semejanzas con los caracteres compulsivos e incluso tendencias a las reacciones psicóticas de tipo ciclotímico, así como de tipo paranoide. Se puede observar frecuentemente durante la enfermedad, una desintegración creciente de la personalidad total. De ahí, que se haya dado a la diabetes el nombre de enfermedad psicofisiológica.

El establecimiento de los desórdenes psicofisiológicos es relativamente reciente, como grupo aparte en el marco de la psicopatología. La publicación del estudio anotado de Dumber dio un enorme impulso a un interés, en deducir las relaciones existentes entre emoción y enfermedad corporal.

Lo mismo ocurrió con las ediciones posteriores de la misma obra, aunque en ella no se intentó incluir la literatura aparecida a partir de 1935.

Actualmente ya no hay riesgo alguno de que se pase por alto a dicho campo, es decir, en que el término pierda su significado y el campo pierda sus límites. Desde hace mucho tiempo se acepta que las perturbaciones en el equilibrio homeostático del cuerpo son un determinante de las enfermedades físicas.

Por ello es de importancia los factores emocionales que afectan al paciente desde el inicio de su enfermedad y a través de ella.

Así lo que el médico puede hacer por el paciente, y lo que el paciente hace por sí mismo para controlar su enfermedad es importante, ya que en algunos casos se muestra dificultad ante el seguimiento del tratamiento, afectándose a sí mismo (Vázquez, F. 2002). Esto es el autocuidado, aspecto importante para toda persona, debido a que se previenen enfermedades, accidentes o lesiones a lo largo de nuestra vida, de tal manera que como una persona se procura a sí misma, también cuidará de los demás, pues estos cuidados se adquieren a través del apego y de los cuidados que se recibe de los padres durante la infancia.

Frente a esto, es necesario darnos cuenta cómo surgen los afectos y el desarrollo de éstos durante la vida y, en este caso, determinar si ven afectados ante la presencia de la diabetes mellitus tipo II en la persona, colocando así, una clasificación de los afectos que permita darnos cuenta de la función que ejercen sobre el yo de la persona, es decir, que afectos se encuentran afectados en la persona, y si influyen en su tratamiento médico.

Así es importante definir la estructura yoica y sus funciones, en especial, la regulación y el control de impulsos del yo y las relaciones objetales que se van estableciendo a lo largo de la vida de la persona.

Se tomaron de algunas otras investigaciones realizadas sobre este tema sus aportaciones que ayudan a los médicos y psicólogos a trabajar a combatir a la diabetes mellitus tipo II, y buscar la mejoría de la persona.

De esta manera se llega al planteamiento del problema ¿Existen diferencias en el perfil de afectos de personas diabéticas y no diabéticas?, y por lo tanto, el perfil de personas diabéticas, ¿es un perfil de afectos desfavorable que afecta su autocuidado?

## Justificación

La diabetes es un padecimiento físico que afecta el bienestar emocional, ya que tiene repercusión en las diferentes áreas de la vida del enfermo, desde sus hábitos alimenticios que los limitan a consumir aquellos alimentos que les causan placer; hasta su rendimiento en las diversas áreas de la vida, como trabajo, relaciones interpersonales, etc.

En 1995, México contaba con 3.8 millones de adultos con diabetes mellitus y ocupaba el noveno lugar dentro de los diez países con mayor número de personas con este padecimiento para el año 2025, se prevé alcance de los 11.7 millones y pase a ocupar el séptimo lugar en orden de frecuencia (Uribe, T. 1999)

En la actualidad cobra una prevalencia del 12.3%; es decir, 12 de cada 100 mexicanos la padecen y muy probablemente otros 12 ya la tienen en un estadio aun imperceptible, esperando que un evento la desate.

La mayoría de los médicos reportan que en los diabéticos se observa un funcionamiento afectivo particular, así como la falta de cuidado de su propia salud que se refleja en no seguir su tratamiento adecuadamente.

Esta investigación tiene como objetivo conocer los afectos que acompañan a los diabéticos para conocer su perfil afectivo, que permita hacer un trabajo que favorezca el autocuidado de estos enfermos.

# **CAPITULO I**

## CAPITULO 1

### La diabetes como trastorno orgánico

---

Uribe, T. (1999) menciona que la diabetes mellitus era ya conocida antes de la era cristiana. En el papiro de Ebers descubierto en Egipto, correspondiente al siglo XV antes de Cristo, ya se describen síntomas que parecen corresponder a la diabetes. Fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego sifón, refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua por el riñón, expresando que el agua entraba y salía del organismo del diabético sin fijarse en él. Posteriormente Tomás Willis en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica, refiriéndose al sabor dulce de la orina, le dio el nombre de diabetes mellitus (sabor a miel). En 1775 Dopson identificó la presencia de glucosa en la orina.

Así, a través del tiempo la diabetes mellitus se ha convertido en una de las enfermedades más frecuentes, actualmente se estima que su prevalencia en EE.UU. y la mayoría de los países europeos es de alrededor del 5%, aunque existen notables diferencias entre determinadas zonas geográficas y, sobre todo, entre individuos de ciertos grupos étnicos.

En nuestro país, 12 de cada 100 personas la padecen, y muy probablemente otros 12 la presentan en un estado imperceptible, y solo espera un evento extraordinario o una emoción fuerte para que se desencadene, pues es una de las características peligrosas de esta enfermedad, ya que puede ser asintomática en etapas iniciales, alrededor del 30 al 50% de los enfermos desconoce su enfermedad. En diversas ocasiones cuando el sujeto es diagnosticado como diabético, ya tiene una historia de 3 a 5 años de complicaciones.

En 1990 el IMSS informó que en su población atendida la diabetes ocupó el primer lugar de morbilidad, tercero en demanda de consulta, sexto en incapacidades y quinto en mortalidad (Vázquez, F. 2002).

La mortalidad por diabetes también ha mostrado una tendencia ascendente en los dos últimos decenios. En 1976 del total de muertes 7% correspondió a diabetes y en 1993 alcanzo 13% (Uribe, T. 1999).

Debido a que la población mexicana se encuentra en constante movimiento, los patrones culturales van cambiando, y por ende, esto va afectando la alimentación y el estilo de vida de las personas. Por ello la diabetes mellitus no es una afección única, sino un síndrome dentro del cual deben individualizarse diferentes entidades nosológicas (clasificación, descripción y diferenciación de las enfermedades). Uno de los aspectos que tienen en común todas ellas es la hiperglucemia (aumento de la glucosa o azúcar en

la Sangre) y sus consecuencias; es decir, las complicaciones específicas, las cuales son comunes a todas las formas de diabetes.

Así cuando no se controla ésta enfermedad las posibilidades de contraerla aumentan a medida que una persona se hace mayor, de modo que por encima de los setenta años la padece alrededor del 15% de las personas. Es esencial educar a los pacientes para que controlen su diabetes de forma adecuada, ya que puede acarrear otras enfermedades tanto o más importantes que la propia diabetes: enfermedades cardiovasculares, neurológicas, retinopatía (afección ocular que puede conducir a la ceguera) o nefropatía (enfermedad del riñón) (Alpizar, M. 2001).

### **1.1 Definición**

La diabetes es una enfermedad crónica de por vida para la cual todavía no se ha encontrado cura, que implica una elevación de azúcar en la sangre que se debe a la deficiencia en la calidad inicialmente y cantidad secundariamente de insulina. Además es multiorgánica, debido a que es degenerativa y puede afectar los ojos, los riñones, el corazón y las extremidades, e incluso, puede producir alteraciones en el embarazo. Este padecimiento se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos (Educación Médica Continua Copyright © 2003 <http://www.tusalud.com.mx>).

La causa es un problema en la forma en que el cuerpo produce o utiliza la insulina, que es una sustancia necesaria para que la glucosa se desplace desde la sangre hasta el interior de las células, es decir, la insulina es una hormona, presente en nuestro organismo desde la vida fetal, es elaborada por las células  $\beta$  del páncreas, y su función es permitir que el azúcar sea consumida por la células y de esta manera obtengan el substrato energético necesario para su funcionamiento. Por lo tanto, si hay una alteración en la insulina, las cifras de glucosa en la sangre comienzan a incrementarse, provocando sed, deshidratación, y hambre debido a que el azúcar no llega al núcleo de las células y por ende inicia la pérdida de peso todo ello alterando las distintas funciones del organismo (Vázquez, F. 2002).

Las cifras normales de azúcar en la sangre son de 70 a 110 mgs/dl en ayuno, si estas cifras se incrementan de 110, pero menores a 126, se hace el diagnóstico de intolerante a carbohidratos en ayuno o lo que anteriormente se conocía como prediabetes, pero si las cifras se encuentran arriba de 126 mgs/dl en ayuno, se considera diabetes (Alpizar, M. 2001).

La diabetes tipo 2 ocurre mayormente en adultos mayores de 40 años, especialmente adultos con sobrepeso. Los niños y adolescentes con sobrepeso también pueden padecer este tipo de diabetes. A medida que sube el índice de personas con sobrepeso, un número creciente de personas, incluyendo niños y adolescentes, se están volviendo diabéticas.

## 1.2 Origen

La diabetes puede surgir por dos principales motivos: (Vázquez, F. 2002)

### a) Factores Genéticos

### b) Factores Ambientales

a) **Los factores genéticos**, suceden cuando existen antecedentes familiares de diabetes, en 25-50% de los casos se llega a desarrollar, pero un 15% no la desarrolla

La diabetes de base genética se caracteriza por tres tipos de manifestaciones:

- ❖ Un síndrome metabólico consistente en el aumento de glucosa en la sangre y orina, con el acompañamiento de sed constante, deshidratación, sensación de hambre y pérdida de peso. Así como alteraciones en el metabolismo de los lípidos (grasas) y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina.
- ❖ Un síndrome vascular que puede ser macroangiopático y microangiopático, es decir a nivel de las grandes Arterias y también a los pequeños vasos sanguíneos, y que afecta todos los órganos pero especialmente el corazón, la circulación cerebral y periférica, los riñones y la retina, de manera que se

presentan infartos tanto al miocardio como cerebrales, trombosis cerebral, aterosclerosis, retinopatía y nefropatía.

- ❖ Un síndrome neuropático, el cual afecta al Sistema Nervioso Periférico, principalmente en el área somática (sensitiva y motora), y el Sistema Autónomo que puede afectar a distintos aparatos y sistemas.

El defecto genético podría involucrar cualquier paso en la regulación de la glucosa, y estos defectos hereditarios, solos o asociados, provocarían fácilmente desarrollar la enfermedad, ya que se ha visto que familiares no diabéticos de pacientes con diabetes padecen cambios prematuros, como la pérdida normal de la respuesta de insulina ante la glucosa, es decir que comienza a haber una deficiencia de insulina ante la producción de glucosa, y que esto sucede sin aparentes factores causales externos.

Sin embargo, la agregación familiar no necesariamente implica la existencia de factores hereditarios, porque podría deberse también a factores ambientales.

**b) Los factores ambientales** son: el consumo excesivo de azúcares refinados, la cultura de alimentación, el estilo de vida, el sedentarismo, la multiparidad, la obesidad, la tensión constante o el estrés, y las emociones, puesto que se ha comprobado que el nivel de glucosa se encuentra relacionado con el estado emocional de la persona, todos éstos se

consideran factores etiológicos ambientales implicados en la diabetes. Por un lado el consumo de pan, dulces, refrescos, frituras, etc., el no hacer ejercicio y la presencia de emociones como la tristeza, depresión, la ansiedad, y la culpa afectan seriamente a las personas propensas a la diabetes mellitus tipo 2.

No debe olvidarse, sin embargo, que todos estos factores actúan siempre sobre una base genética, que constituye sin lugar a dudas el factor etiológico más importante de la diabetes. Es por lo tanto relevante resaltar que al actuar sobre los factores ambientales se puede llegar, a prevenir la aparición de la enfermedad y mejorar su curso, puesto que a su vez esto se refiere a lo psicológico y que conlleva a que cuide su vida emocional (Vázquez, F. 2002).

### 1.3 Clasificación

La diabetes se divide en: (13/10/2003  
<http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5120,00.html>)

Tipo I, **la diabetes mellitus insulino dependiente (DMID)**, denominada también diabetes juvenil, afecta a niños y adolescentes, y se cree producida por un mecanismo autoinmune, se caracteriza por aparecer en general antes de los 30 años, tener un inicio relativamente brusco, tender a la cetosis y precisar rápidamente insulina constituye de un 10% a un 15% de los casos y es de evolución rápida, por procesar aceleradamente la insulina.

Tipo II, **diabetes mellitus no insulino-dependiente (DMNID)**, o diabetes del adulto, suele aparecer en personas mayores de 40 años y es de evolución lenta. Muchas veces no produce síntomas y el diagnóstico se realiza por la elevación de los niveles de glucosa en un análisis de sangre u orina.

Una persona con diabetes mellitus tipo II a menudo no requiere inyecciones de insulina y el tratamiento primario consiste en hacer dieta y ejercicio. Por lo general, la enfermedad evoluciona gradualmente. En el momento del diagnóstico, del 75 al 80% de las personas sufre obesidad, pero la enfermedad también puede desarrollarse en personas delgadas, especialmente de edad avanzada.

**Diabetes Gestacional**, se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se detecta en el embarazo, suele desaparecer después del parto, pero con tendencia a desarrollarla entre cinco y diez años después. Así durante el embarazo la insulina aumenta para incrementar las reservas de energía. A veces, este aumento no se produce y puede originar una diabetes por embarazo. Tampoco tiene síntomas y la detección se realiza casi siempre tras el análisis rutinario a que se someten todas las embarazadas a partir de las 24 semanas de gestación.

## 1.4 Sintomatología

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza precisamente por ser prácticamente asintomática en sus fases iniciales. Éste es un gran problema, pues se calcula que hasta un 50% de personas con diabetes mellitus tipo 2 permanecen sin diagnosticar en este momento (Gómez F. (2004) <http://www.viatusalud.com>).

### 1) Personas con criterios de detección preventiva:

- ❖ Individuos de 45 años o más.
- ❖ Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus por parte del padre, madre o hermanos.
- ❖ Individuos obesos
- ❖ Tabaquismo
- ❖ Mujeres que tienen hijos al nacer con peso igual o mayor a 4kg.
- ❖ Individuos con hipertensión arterial (140/90 mmHg)
- ❖ Individuos con dislipidemia (grasas altas)

### 2) Síntomas diabéticos como:

- ❖ Poliuria, que es aumento en el número de micciones al día, esto se debe a que al aumento de azúcar en la sangre llega al riñón y comienza a desechar el azúcar, produciendo la orina
- ❖ Polidipsia, es la sensación de sed constante, acompañada de deshidratación por el estar orinando constantemente.

- ❖ Polifagia es la sensación de hambre, por que el azúcar en la sangre no llega a al núcleo de las células, quedándose en la parte superficial de está y ante esto el cerebro lo interpreta como hambre o necesidad de comer alimentos o tomar bebidas dulces.
- ❖ Perdida de peso, esto es que como el azúcar no llega a la célula como fuente de energía, estas consumen sus reservas de grasas y proteínas, consumiendo rápidamente a la persona.

### 3) Síntomas crónicos:

- ❖ Ateroesclerosis es la obstrucción de arterias, ocasionando una insuficiencia vascular periférica, de las arterias coronarias y de las cerebrales que provocan infartos del miocardio, cerebrales y amputaciones de miembros inferiores.
- ❖ Retinopatía diabética, es un daño en los vasos sanguíneos de pequeño calibre en la retina, dando como resultado la pérdida de la visión.
- ❖ Nefropatía diabética, consiste en el daño vascular y metabólico causado por la unidad estructural y funcional del riñón.
- ❖ Neuropatía diabética, esta se refiere a las alteraciones morfológicas y funcionales del sistema nervioso periférico causadas por la diabetes.
- ❖ Pie diabético es un proceso infeccioso que va desde lesiones cutáneas hasta gangrena extensa. Esto es que, la corriente

sanguínea que va a los pies se ve afectada y el daño en los nervios puede causar una lesión en el pie sin que se note hasta que se desarrolle la infección

- ❖ Cetoacidosis diabética (CAD), sucede cuando la piel se reseca y/o hundimiento ocular, vómitos, dolor abdominal, fiebre, signos de infección, la glucosa arriba de 250 mg/dl, y que presenten cuerpos cetónicos en la orina.

### **1.5 Tratamiento**

El tratamiento médico con frecuencia es complicado y requiere que el paciente haga grandes cambios en su comportamiento para evitar las complicaciones nerviosas y vasculares que la enfermedad provoca y que la hacen indirectamente responsable de un número de padecimientos (Alpizar, M. 2001).

Por lo tanto, los objetivos del tratamiento son: Mejoría de los síntomas, de la calidad de vida, prevención de las complicaciones agudas y crónicas, reducción de la mortalidad y tratamiento de las patologías asociadas (Vázquez, F. 2002).

Es recomendable que el paciente diabético lleve acabo lo siguiente:

- 1) Tener conciencia de enfermedad, para que valore la importancia de conservar su integridad y prevenir las complicaciones agudas como la elevación o el descenso súbito del azúcar y las complicaciones

crónicas. Debido a que el paciente no se cuida y actúa como si no tuviera la enfermedad ignorando las indicaciones que a continuación se enlistan.

- 2) Someterse a una dieta restringida en azúcar, harinas y grasas llevando un plan nutricional. La planificación de comidas consiste en elegir alimentos saludables y en comer la cantidad adecuada, a la hora adecuada. Se recomienda trabajar de cerca con el médico para aprender qué cantidades de grasa, proteína y carbohidratos necesita cada paciente en su dieta. Es necesario que los planes específicos de comidas se adapten a los hábitos y preferencias personales. Un dietista registrado puede ser de ayuda en determinar las necesidades alimenticias específicas de cada individuo.
- 3) El ejercicio ayuda a controlar la cantidad de azúcar en la sangre, a quemar el exceso de calorías y de grasa necesarios para alcanzar el peso óptimo. Efectuar ejercicio como caminar, trotar, bicicleta fija, aerobics, natación o cualquier ejercicio que implique movimiento activo y respiración. Esto con la finalidad de que los receptores de la insulina trabajen más eficientemente.
- 4) Tratamiento farmacológico, en donde se requiere una evaluación médica completa para determinar los medicamentos de acuerdo con la necesidad de cada paciente, esto es que los medicamentos indicados actúan a diferentes niveles, algunos estimulan la

producción pancreática de insulina, otros retardan la absorción de azúcares a nivel del intestino, otros más incrementan la afinidad de los receptores celulares a la insulina y controlan la producción hepática de azúcar. Es posible que necesite más de un solo tipo de medicamento para mantener el azúcar en la sangre al nivel normal. Los medicamentos más comunes que bajan el nivel de azúcar en la sangre son tomados por boca.

- 5) Mantener un control de la glucosa en sangre, así como de grasas y revisión de los riñones, mediante estudios clínicos o de laboratorio para monitorear el estado físico y comprobar si los efectos de los medicamentos son los adecuados o no para determinar si se opta por otros medicamentos.

# **CAPITULO 2**

## CAPITULO 2

### Trastornos Psicofisiológicos

---

#### 2.1 Etiología

Los trastornos psicofisiológicos se han estudiado debido a que el hombre se compone de "psique" y "soma" que significan "mente" y "cuerpo". Estos trastornos son la manifestación orgánica de un conflicto psicológico, que se expresa fisiológicamente y altera de manera significativa la función somática del individuo.

En los trastornos psicofisiológicos existe un bloqueo en la capacidad de expresión de las emociones y afectos, lo que provoca que la energía permanezca encerrada de manera crónica en el cuerpo y altere el funcionamiento de uno o más órganos, destinados a expresar el conflicto (González, J. J. 2001), y en consecuencia la persona se previene de la posibilidad de que su aflicción se vuelva consciente; por lo que la expresión del conflicto emocional no está bajo el control absoluto de la voluntad, ni de la percepción de la persona.

Los sistemas orgánicos internos están controlados principalmente por el sistema nervioso central y diversos mecanismos metabólicos y hormonales de retroregulación.

La medicina comenzó a estudiar los problemas en los que se relacionaba lo psicológico con las enfermedades del cuerpo, Heinroth 1818, quien se

refiere a la influencia que ejercía las pasiones sexuales sobre algunas enfermedades orgánicas como tuberculosis, cáncer o epilepsia. Posteriormente, Maudsley en 1876 postuló que la emoción no liberada se fija en los órganos y dificulta su funcionamiento. (González, J. J. 2001)

Todos los afectos son exteriorizados por mecanismos motores de secreción. Las expresiones físicas específicas de cualquier afecto, puede producirse sin que la persona se percate de su significación afectiva. Por ejemplo: la excitación sexual así como la ansiedad pueden sustituirse por sensaciones en algún aparato o sistema corporal.

Existen también equivalentes subjetivos de afectos, es decir una vez que una emoción ha quedado asociada en la infancia a una determinada actitud física, esta puede ser utilizada más adelante como expresión deformada de una emoción, a menudo los síntomas quedan limitados a un determinado órgano o sistema de órganos, y la elección depende en ese caso en primer término, de factores físicos y constitucionales, pero también de todos los otros factores que contribuyen a crear la alteración somática y se convierte en la expresión de algunos trastornos emocionales. (Cameron, N. 2001)

La mayor parte de las perturbaciones funcionales se originan por vías vegetativo – hormonales, y ésta es la forma exclusiva en que se producen síntomas debidos al quimismo alterado de la persona insatisfecha.

Cuando se presenta un daño físico mayor en el cuerpo no se afecta un solo órgano ni una serie de órganos, sino todo el organismo.

El trastorno psicofisiológico tiene su origen en las primeras etapas del desarrollo psicosexual, época en la cual el conflicto adoptó una vía de expresión primitiva en el cuerpo, previo a la instauración del lenguaje. Para MacDougall J. 1995, los elementos existentes en la génesis de los trastornos psicofisiológicos son:

- 1) Madre desamparadora. La madre presenta dificultades para descifrar la sonrisa y los gestos de su bebé, así como las funciones corporales como respirar, orinar, defecar, las cuales ayudan al niño a tranquilizarse y puede empezar a registrar sensaciones agradables; Por lo tanto la madre al no entender los significantes del cuerpo del niño no puede primero responder preverbalmente a esas necesidades y después a ponerle palabras.
- 2) En función de sus propios conflictos inconscientes, la madre obstaculiza la capacidad del niño para aprender a diferenciarse de ella e ir poco a poco alejarse de la madre con la sensación de que está presente. Y al dificultar este proceso en el niño, origina un bloqueo en su capacidad de pensar, sentir y poder relacionar pensamientos o sentimientos, y a su vez atrofia el funcionamiento de algún órgano. Por lo tanto el niño aprende a ver a la madre en dos partes, una que es buena y gratificante y otra que es mala y rechazante.

- 3) En este tipo de personas que padecen estos trastornos el padre desempeñó un rol sin importancia, debido a que la madre no encontró un complemento satisfactorio emocionalmente en su pareja y en su identidad masculina, por ello la madre transmite al hijo inconscientemente la idea de que no le otorga valor al padre.
- 4) En las personas con este trastorno existen dos características esenciales:
  - a) Alexitimia, que sucede cuando la madre no da nombre para diferenciar los sentimientos y las emociones que el niño va experimentando durante su desarrollo.
  - b) Pensamiento operatorio, es en donde las personas son puramente racionales, esto es que no hay relación entre sus pensamientos y sus sentimientos. Y por ende, el pensamiento se encuentra neutro, es decir sin agresión y ni gratificación.
- 5) Por ello, la manera de protección que el niño utiliza no alcanza a resistir el ataque de la angustia ante el desamparo materno. Expresando así, su angustia de manera corporal.
- 6) El sentimiento afectivo no tiene representación o símbolo, la madre en su incapacidad de transmitir a su hijo el afecto de manera cálida y protectora, lo hace de una manera fría, de tal manera que la persona con un trastorno psicofisiológico expulsa el contenido afectivo, y conserva en la memoria esa sensación de malestar físico, sin estar

unido a su significado emocional en palabras. Desaloja la parte psíquica de una emoción que permite que se exprese la parte fisiológica como en la primera infancia, lo que conduce a repetir la expresión fisiológica en lugar del afecto. El individuo en estas condiciones se convierte en presa de un sin número de expresiones psicofisiológicas ante acontecimientos relevantes como pérdidas, abandonos, divorcios, separaciones, etc.

El grave problema que surge cuando existe una identidad y expresión de los afectos divididos causa que cuando estas personas se desarrollan presentan rasgos de dependencia; sensaciones de confusión, de vacío y desamparo; así como trastornos psicofisiológicos de diversa índole.

## **2.2 Proceso del Trastorno Psicofisiológico**

Aquellos individuos que padecen estos trastornos centran toda su atención en su enfermedad olvidándose de sus relaciones interpersonales, siendo éstas empobrecidas. Esto explica por que son egocéntricas estas personas, debido a que ponen toda su energía en su enfermedad. (Fenichel, O. 1991)

A su vez, el cambio físico puede representar inconscientemente, para el paciente una lucha entre el temor a perder sus relaciones de dependencia y un resentimiento crónico por sentir esa necesidad no satisfecha y frustrada; no puede expresar esto abiertamente sin exponerse al riesgo de una pérdida mayor de atención, por lo tanto estas personas reprimen respuestas

de enojo y resentimiento, que son descargadas fisiológicamente. Una reacción inconsciente común es la del paciente que experimenta la enfermedad como castigo de malas acciones y que a su vez obtiene una ganancia secundaria de su enfermedad. (Mackinnon, A. 1981) por ejemplo, una persona que se moja, y no se previene con un paraguas o algo con que protegerse, le produce una gripa, pero sabe que fue por descuido a no prevenirse, pero con la enfermedad obtiene el cuidado que no se dio a si mismo (a) como el apapacho, el abrigo, es decir obtiene mayor atención y cuidado.

Los psicoanalistas han postulado (Lawrence, K. 1984) que los síntomas psicofisiológicos representan fuertes tendencias regresivas con estados de desamparo y dependencia, en la misma forma que expresan la reaparición de formas infantiles de conducta. La expresión fisiológica se debe a que las defensas psicológicas son insuficientes para mantener la homeostasis. Los síntomas, entonces, se consideran como semejantes a las respuestas orgánicas indiferenciadas, típicas del bebé cuando se frustran sus necesidades, como cuando entra a un estado de tensión e intenta defenderse, es decir, las respuestas psicológicas pueden interpretarse como la perturbación inapropiada de las reacciones orgánicas que han servido para adaptarse o protegerse de algún stress en la experiencia de la vida humana.

Al incrementar la actividad general, todos los sistemas pueden cambiar el funcionamiento propio para satisfacer las demandas adicionales. En las experiencias y la conducta emocional, incluso cuando son normales, se nota claramente la participación visceral.

Por lo tanto, cuando una persona se ve sujeta a un estrés desusado, sea de procedencia interna o externa, es probable que se prepare fisiológicamente, sea para huir o para pelear.

Se reconoce que la expresión del síntoma es primeramente una activación o una desactivación del órgano o del sistema, con base en el despertar de un afecto. Es seguro que, de manera secundaria, el acto puede llevar consigo significados simbólicos, pero la cuestión crucial es el estado afectivo primario y la secuencia de los hechos que lo ocasionaron.

La hipótesis de la regresión (Lawrence, K. 1984) no proporciona ningún indicio para explicar por qué determinado sistema orgánico se selecciona como centro de la alteración en determinado individuo enfermo.

Alexander y otros autores creen que es más bien un conflicto emocional específico el que determina la anormalidad en la función de un órgano específico.

El síntoma psicossomático no explica por sí solo la inquietud del paciente, la angustia profunda que originó el síntoma y que amenaza con abrirse paso a través de las defensas insuficientes, ejerce mayor influencia. (Cameron, N. 2001) Por lo tanto se considera al síntoma psicossomático "funcional" es una

medida de urgencia que el paciente utiliza para impedir que la angustia lo agobie. Conscientemente es posible que desee alivio para su síntoma neurótico defensivo. El enfermo psicossomático, al igual que el neurótico, tiene una resistencia inconsciente a renunciar a las medidas que son por completo o en parte defensivas. En ocasiones parece que el enfermo protesta demasiado cuando subraya que sus síntomas tienen un origen somático y niega la posibilidad de que existan causas psicológicas. (Mackinnon, A.1981)

La negación consciente equivale a un reconocimiento inconsciente. Y uno de los objetivos en el tratamiento es ayudar al paciente a relacionar sus síntomas, dificultades y desajustes de su personalidad ya que son una fuente de angustia.

Un mecanismo de defensa central es la negación, puesto que el paciente no piensa en términos psicológicos, tiende a negar la existencia de conflictos y sus emociones resultantes y cuando el reconocimiento es ineludible, niega la relación del conflicto con sus síntomas. (Fenichel, O.1991).

### **2.3 Tipos de reacciones psicofisiológicas**

Los conflictos emocionales producen angustia, que a través de una acción prolongada sobre el sistema nervioso autónomo, puede alterar gravemente la regulación del cuerpo, con resultantes manifestaciones de síntomas que se refieren a diversos órganos viscerales vegetativos. (Lawrence, K. 1984).

Estos síntomas tienden a manifestarse en forma de trastornos localizados a ciertos sistemas, especialmente en el sistema cardiovascular, en el aparato gastrointestinal, en el sistema endocrino, en el árbol respiratorio en la piel y en el sistema genitourinario. (Lawrence, K. 1984)

Como sintomatología resultante se atribuye en forma tan definida a las vísceras, muchos de estos trastornos se denominaban "neurosis de un órgano". Si el impulso autónomo de origen emocional producía una alteración fisiológica. (Fenichel, O. 1991)

Así los que sufren de diversos síntomas con padecimientos físicos, pero con los factores originales de naturaleza emocional la alteración patológica que resulta de la acción de las causas emocionales llega a un punto en el que ya no es reversible.

Estos desórdenes son maladaptativos, pero de comienzo logran algo que el paciente no conseguiría por otros medios debido a que no son algo que el paciente piensa conscientemente. Es algo que le ocurre cuando sufre estrés. El proceso de desarrollo de un desorden es inconsciente, pues el paciente no sabe lo que está ocurriendo. (Cameron, N. 2001)

Asimismo este autor los desórdenes psicofisiológicos realizan ciertas funciones como:

- 1) Poner en lugar de una situación intolerante una enfermedad física real o aparente.

- 2) Cambiar una ansiedad difusa y regresiva de un pequeño (primaria), por una ansiedad secundaria basada en conflictos conscientes surgidos de impulsos infantiles, que la persona no puede controlar de otra forma que no reconoce, con el resultado de una enfermedad e incluso la muerte.
- 3) Proteger al paciente de caer en una psicosis franca.
- 4) Otorgan privilegios que se le dan a una persona enferma.
- 5) La utilización de la enfermedad física para obtener el interés, el cuidado y el afecto.

El paciente psicofisiológico, a pesar de su regresión sigue teniendo un sistema de ego sumamente organizado, un superego con su ideal de ego, sistemas defensivos inmensamente complejos y una riqueza enorme de pensamiento de proceso secundario.

#### **2.4 La diabetes como reacción psicofisiológica**

En las personas con diabetes se dan con mayor frecuencia una serie de trastornos conductuales y/o emocionales, que en el resto de la población. Es decir, que un mal control glucémico es un factor a tener en cuenta en el desarrollo de problemas psicológicos, uno de los ejemplos más sorprendentes de la influencia de las alteraciones emocionales sobre el funcionamiento psicofisiológico, se observa en algunos pacientes diabéticos. Los factores de personalidad y las consecuentes respuestas

emocionales ante el régimen de tratamiento que implica esta enfermedad, se relacionan con casi todos los aspectos del tratamiento de la diabetes. Las investigaciones psicofisiológicas en años recientes han aclarado plenamente que los trastornos en el metabolismo de la glucosa resultan de los cambios en el estado emocional del individuo, así la enfermedad es la consecuencia de una falla en la adaptación psicofisiológica a los traumas sociales, y que el estrés emocional es un mecanismo desencadenante en un individuo predispuesto por factores constitucionales

(Lawrence, K. 1984).

Se ha sugerido que el principio de la diabetes suele relacionarse con periodos de intensa aflicción emocional, después de experiencias como desintegración del hogar, o frustración asociada a largos periodos de trabajo agotador.

Diversos psiquiatras subrayan la pasividad y la inmadurez con las que pacientes diabéticos buscan atención y afecto. Los estudios psicoanalíticos de unos cuantos pacientes sugieren que algunos diabéticos se frustran cuando no pueden satisfacer sus demandas de amor y atención. Otros autores han afirmado que el trauma psicológico deriva de una reactivación de las necesidades de dependencia del paciente, debido a que la persona se expone al rechazo y la privación. (Lawrence, K. 1984)

Desde el punto de vista fisiológico, se ha demostrado que los niveles de glucosa urinaria y sanguínea se elevan después de periodos de stress

emocional y que las curvas de tolerancia a la glucosa pueden modificarse durante dichos periodos. En las personas normales el miedo y la ansiedad sí producen cambios en el nivel de azúcar en la sangre, pero esos cambios son temporales. En general, se ha encontrado que la curva de tolerancia a la glucosa se acerca más a la de tipo diabético cuando el individuo se siente más hostil y deprimido; en cambio cuando el enfermo se siente que se preocupan por él y que lo aceptan, la curva se acerca más a la normalidad. (Camerón, N. 2001)

En las personas diabéticas expuestas a un estrés emocional son característicos cambios perdurables o muy fluctuantes en el nivel de azúcar en la sangre. Al parecer los estreses más comunes son la frustración de las necesidades de dependencia, como son la búsqueda de atención y afecto, y al no satisfacer estas necesidades la persona se encuentra nuevamente al rechazo o a alguna pérdida. (Mackinnon, A. 1981)

Como la regulación habitual de la diabetes requiere tanto el control de la dieta como de la insulina, el manejo de la enfermedad a menudo se complica, ya que las indicaciones terapéuticas pueden modificarse de acuerdo con el significado simbólico del proceso de dar alimento y su relación con el hecho de proporcionar apoyo emocional en forma de amor.

El nivel dietético de la diabetes incluye siempre la privación de ciertos alimentos, lo que tal vez agrave en ciertos casos el conflicto que el paciente tenga respecto a sus necesidades de dependencia. Una madre que sólo

sabe expresar amor alimentado, puede tropezar con series dificultades cuando quiera someter a su hijo diabético a la dieta requerida. El paciente, sea niño o adulto, puede sentirse privado o no amado al grado de que coma aquello que no debe, tanto para proporcionarse amor a través de ese simbolismo como para castigar en secreto a la figura de autoridad. (Cameron, N 2001) No importa cuales sean las relaciones etiológicas, quienes estén encargados del cuidado y tratamiento de diabéticos deben tener presente esos factores.

Los diabéticos adultos que en forma repetida caen en complicaciones letales como: coma diabético, choque, deshidratación, vómitos, dolor abdominal, fiebre, signos de infección, nivel de glucosa arriba de 250 mg/dl, y cetoacidosis diabética (que presenten cuerpos cetónicos en la orina, que sucede debido a que se acaban la energía producida por el azúcar, el cuerpo comienza a utilizar las reservas de grasas aumentando ácidos grasos en la sangre), habitualmente son personas gravemente trastornadas, ya que abandonan totalmente el control diabético, tanto el tratamiento médico como su dieta y cuidado, como una forma de expresar sentimientos de hostilidad y depresión. Además es frecuente encontrar dificultades sexuales tanto en hombres como en mujeres con diabetes. A las mujeres diabéticas les preocupa dar a luz, mientras que los hombres suelen ser impotentes. El nacimiento de un hijo puede, por sí mismo, activar el vehemente deseo regresivo de recibir cuidado y afecto en los diabéticos de

ambos sexos. (Lawrence, K. 1984) El enfermo puede considerar al nuevo niño como un rival en el afecto. En consecuencia, el anhelo de obtener atención, afecto y cuidado del paciente pueden aumentar, los sentimientos de angustia y depresión, que perturban el equilibrio metabólico o conducen hacia la desesperación y a una menor motivación para controlar la dieta. Los diabéticos obesos que son aficionados a los dulces o a comer en exceso, probablemente se exceden en la dieta cuando están angustiados, a pesar de las amenazas de los médicos respecto a su salud futura si dejan de seguir el régimen adecuado. Otra de las complicaciones con mayor repercusión en la calidad de vida del paciente, diabético, es la disfunción sexual eréctil (DSE), que se presenta durante la evolución de la diabetes mellitas (Romero. J.C., Licea, M. 2000).

# **CAPITULO 3**

## CAPITULO 3

### Autocuidado

---

#### 3.1 Desarrollo del autocuidado

El autocuidado es un aspecto importante para toda persona, pues debido a ello vamos previniendo enfermedades, accidentes o lesiones a lo largo de nuestra vida, y así como una persona se procura a si misma, también cuidará de los demás de la forma en que la persona aprendió en su infancia. El cuidado corporal se adquiere a través del apego y de los cuidados que recibe el niño de los padres, esto comienza desde los primeros meses de vida, con la madre o figura materna. (Freud en 1979 citado en Zarco, S. 2003) menciona que la forma en que se de la primera relación madre – hijo, marca el tipo de relaciones amorosas que se establecerán a futuro.

De manera que la madre proporciona tranquilidad, armonía y bienestar desde el embarazo, debido a que existe una identificación con su propia madre, y al recordar esta identificación comienza a comunicarse de forma inconsciente con su hijo en el momento en que ella tiene fantasías acerca de él. (González, y cols. 2000 citados en Zarco, S. 2003)

Para ello se requiere de un proceso en donde los primeros cuidados que la madre proporcione al niño son esenciales, debido a que en un primer momento para el niño, la madre y él son una sola unidad, y es porque los cuidados de la madre son el primer paso para que después el niño busque

esos cuidados para sí mismo, además en esa relación tan estrecha el bebé toca el cuerpo de la madre, lo jala, lo aprieta y no registra que lo puede lastimar. (Freud, A. 1993).

Poco a poco en esta relación al ser provisto de los cuidados maternos y de una frustración óptima necesaria, el niño ira diferenciando entre las sensaciones de bienestar y malestar. Es decir, la madre al cubrir el cuidado de las necesidades del niño en la alimentación, la evacuación, el sueño etc., por un tiempo adecuado promueve la sensación de bienestar y progresivamente logra que el niño también vaya diferenciando lo placentero de lo displacentero y posteriormente lo interno de lo externo.

Para adquirir la capacidad de autocuidado A. Freud (1993) describe una línea del desarrollo, compuesta por 3 fases por las que el niño atraviesa:

- 1) En los primeros meses de vida y debido a la maduración, la agresión surge del cuerpo hacia el mundo externo, por ejemplo, el vomitar, el escupir, etc. Esto es un paso necesario para limitar la auto-lesión, como morderse o rasguñarse, etc. Por eso es necesario que las madres no se frustren, se enojen o se desesperen de estas reacciones del niño, sino que entiendan esto como un proceso del niño, para eliminar los estímulos que lo perturban ponerlos a fuera y desde ahí poderlos manejar.

Así es como la persona va estableciendo las barreras del dolor o los niveles de tolerancia de los estímulos que van dando respuesta a

conductas para enfrentarlos. En este proceso es importante el entendimiento y el cuidado que la madre tiene para el niño.

- 2) Ya que el niño distingue lo positivo de lo negativo, comienza a diferenciar algo que no es él y comienza a definir el grado de las sensaciones displacenteras.
- 3) Así las sensaciones internas del cuerpo del niño, más el contacto físico adecuado, al bañarlo, cambiarlo, limpiarlo, etc., originan que el niño paulatinamente conozca el contorno de su cuerpo, y a su vez vaya distinguiendo las percepciones de las sensaciones externas e internas.

Asimismo el niño atraviesa por distintas fases evolutivas a través del proceso de separación – individuación. (Mahler, M. 1977)

En un inicio el niño se encuentra ausente de lo que sucede a su alrededor en una barrera contra estímulos, en donde el niño parece encontrarse dentro de una esfera que le impide responder a lo externo de manera temporal, la mayor parte del tiempo se la pasa somnoliento, es decir, medio dormido y medio despierto. A esta fase Mahler la denomina Autística normal, debido a la quietud que el bebé presenta, en donde no hay reacción de lo que sucede a fuera, no se percata de la existencia de la madre, y predominan los procesos fisiológicos, ya que solo despierta cuando tiene hambre, sed, sueño, etc., y vuelve a dormir una vez que la madre o figura materna cubre estas necesidades. La madre es quien va ayudar al pequeño

a salir de esta esfera poco a poco a través del contacto y de cubrir las necesidades que le causen malestar ya que a su vez es importante lograr el equilibrio del organismo del bebé en su nuevo ambiente. A medida de que la madre calma las necesidades, el bebé se percató de que él mismo no puede proveerse de satisfacciones, si no que viene de afuera, algo que no es él mismo.

La misma autora explica que el bebé nace con reflejos, como el succionar, el colocarse en posición para comer, el presionar, el aferrarse, levantar las manos y enderezarse un poco ante la sensación de caerse, que en un inicio son reacciones que le ayudan a sobrevivir. La percepción al servicio de la motivación de lograr placer produce una identidad perceptual, esto es que a medida de que el bebé se alimenta, comienza a buscar el pecho materno volteando su cabeza para encontrarlo, y la madre debe ayudarlo promoviendo el contacto visual hacia el rostro, para que el pequeño pueda visualizarlo, y esta acción se convierta en un recuerdo placentero, ocasionando un avance en el desarrollo del niño, y hace que desaparezcan poco a poco los primeros reflejos. (Freud, A. 1993),

La madre trata de reducir las angustias del bebé, pero también el bebé hace sus intentos por reducir sus tensiones al estornudar, orinar, evacuar, vomitar, etc., al descargar estos malestares, y los cuidados que la madre proporciona al niño ayudan a diferenciar una sensación placentera/buena de una penosa/mala (Zarco, S. 2003).

En el momento que comienza a diferenciar las sensaciones placenteras de las penosas, principia la fase de simbiosis normal aproximadamente a partir del segundo mes cuando se establece un vínculo afectivo entre ambos. Para ello el pequeño se encuentra desamparado e incapaz de mantenerse vivo, y por esto la madre le brinda de todo aquello que carece, estableciendo una diáda (Spitz, R. 1985), esto es que al darse cuenta el pequeño que hay alguien afuera que le brinda cuidados y satisface sus necesidades, la esfera en la que se encontraba empieza a fragmentarse debido al contacto y cercanía que tiene la madre con el bebé, y así van entrando en una unidad dual, que es un sentimiento de unidad por el repetido contacto con la calidez corporal, que le brinda la madre al niño en donde aún no diferencia lo que es él y lo que no, solo registra las sensaciones internas y externas de manera gradual, que le permite desarrollarse como una persona única e independiente, es decir, el niño que recibe los contactos amorosos y cuidados por parte de la madre puede desarrollar sus capacidades, que lo ira haciendo poco a poco independiente del medio que lo rodea.

Así la madre le ayuda al pequeño a marcar el límite de su cuerpo, y el de ella, esto es a través de las caricias, el afecto, el cuidado para cambiarlo, bañarlo, acunarlo, sostenerlo, etc.

Cuando la madre proporciona al niño un ambiente físico y emocional propicio permite un desarrollo favorable, pero es necesario que a su vez

haya diferentes "conductas de sostenimiento" que representan los organizadores simbióticos de la conducta emocional del niño, como son el abrazo, el amamantamiento y el acunamiento (Brazelton, Bergman y Simo 1991) que son elementos para lograr el desarrollo de la constancia objetal. Sptiz, R.(1985) menciona que es importante que la madre permita el contacto visual, cuando lo alimenta, así como cantarle o hablarle, ya que esto se convierte en una "experiencia situacional unificada".

Este autor también indica que el contacto de frente a frente o cara a cara, promueve la sonrisa social, que aún es una representación de la madre, debido a que sonríe como una respuesta inespecífica, pero que significa la entrada a esa unidad madre – hijo, es decir, el pequeño se da cuenta de que la satisfacción de sus necesidades proviene de alguien, esa persona poco a poco es percibida por el niño y se convierte en una persona que él desea que este permanente porque lo cuida y alimenta.

Al establecerse esta unidad surge la "imagen corporal", es decir, el yo corporal tiene dos representaciones (Bion 1943 en Zarco, S. 2003):

- 1) Las sensaciones vícerales que presenta el bebé, como la angustia al llorar por tener hambre, frío, sed, sueño, reflujo, etc., pueden provenir tanto de lo externo como de lo interno, pero el pequeño aún no lo distingue, ya que en él solo es una forma de expresión, que la madre debe calmar, para que se instauren los niveles de tolerancia de malestar y a su vez logre distinguir las sensaciones placenteras de

las penosas, logrando así un equilibrio corporal al medio que lo rodea. Asimismo la madre debe actuar de manera tranquilizadora hacia las ansiedades del bebé, metabolizándolas para devolverlas más digeridas, y que después el niño pueda asimilarlas ayudándolo a traducir lo que él siente para darle un significado a esa sensación de acuerdo a como lo viva el pequeño y se establezca como una experiencia sensitiva y emocional dentro de la relación con la madre.

- 2) Al distinguir las sensaciones placenteras de las penosas, el grado de los niveles de tolerancia de malestar y el contacto físico que la madre tiene con el pequeño, va ocasionando que se vaya creando las sensaciones sensorio-perceptivas y por ende una imagen corporal, es decir, al acariciar el contorno o la periferia del cuerpo del niño, al mantener el contacto visual, al hablarle, cantarle, arrullarlo, etc, produce una sensación placentera, para crear los límites del cuerpo del niño y diferencie lo que es él y lo que no.

Spitz, R. (1985) menciona que el aparato perceptor del bebé se encuentra protegido por medio de la barrera contra estímulos, que en un inicio es alta, esta barrera protege al bebé durante los primeros meses de la percepción de los estímulos externos. Así la madre también protege al niño contra el exceso de estímulos externos con la tibieza del ambiente, las ropas, y la cuna afelpada. Sin embargo el bebé también presenta tensiones de su propio cuerpo que la madre ayuda descargar, alimentándolo cuando tiene

hambre, abrigándolo cuando hace frío y modificando las tensiones desagradables.

Un factor importante es la relación madre – hijo, con ello menciona un concepto llamado “diálogo” que es el ciclo de secuencia acción – reacción – acción dentro de la relación. Esto crea para el niño un mundo especialmente propio, que le permite al bebé transformar los estímulos sin significado en estímulos significativos.

La retroalimentación de ambos dentro de la díada es un flujo continuo de intercambios sentimentales, en donde se comunican y se transmiten afectos y estados emocionales.

De esta manera la unidad madre – hijo se convierte en el mayor y principal vínculo afectivo, en donde la madre es quien transmite al niño los cuidados para su cuerpo y le enseña el significado del cuidado por medio de un lenguaje intersubjetivo en el que ambos participan, esto se transmite a través del afecto.

Por medio de los afectos se logra una comunicación entre ambos y es reforzada con la satisfacción de las necesidades de seguridad o el logro de las metas en el vínculo afectivo.

La madre otorga al niño significado a sus necesidades puesto que traduce las expresiones y sensaciones del niño de la manera en la que las satisface, le da un lenguaje a los cuidados de acuerdo a su propio significado y a su vez el pequeño las integra de acuerdo a sus vivencias, el niño va a

responder a esta comunicación estableciendo el sentimiento de lo que le ocurre y de cómo lo resuelve la madre, para brindar al niño formas de cómo cuidarse. Estas conductas se denominan entonamiento afectivo (González, A. 2002)

De esta forma el entonamiento afectivo sucede cuando el niño realiza una conducta afectiva que ha visto en su madre, sin ser igual pero que es un sentimiento afectivo que tanto madre como hijo comparten. Así las conductas de cuidado que la madre da, ocasionan que el niño más que imitar lleve consigo el afecto que los dos comparten.

Dolto (1982 citado en Zarco, S. 2003), refiere que el proceso simbólico sucede a través de los intercambios emocionales en los que el niño expresa señales que despiertan una emoción o afecto que al mismo tiempo la madre percibe y que al percatarse se ocasiona una conexión emocional que ayuda a diferenciar el sí mismo del otro, en esta comunicación mutua los cuidados corporales y la limpieza del niño son transmitidos como señales que proporcionan la sensación de bondad por parte de la madre, a las que reacciona el niño positivamente.

Este frecuente contacto hace que la sonrisa del bebé se vuelva más específica hacia la madre, dando origen a los primeros indicios de la fase de separación – individuación, con el proceso de la ruptura del cascarón, a partir de que el pequeño se encuentra más despierto para practicar los primeros cuidados para sí mismo y a su madre. Cuando presenta interés

por conocer a la madre para poder diferenciarla, al jalarle el cabello, explorar su rostro tocando la nariz, las orejas, la boca y a su vez el pequeño tensa el cuerpo para apartarse de la madre y con esto verla mejor, para reconocer y diferenciar a ella de los demás (Zarco, S. 2003).

A su vez esta autora menciona que el bebé comienza a distinguir su propio cuerpo, y el de su madre, aumentando la exploración hacia el cuerpo de la madre, y descubre los botones, broches, cadenas, anillos, etc., que le producen fascinación y sorpresa, la madre promueve los juegos como las escondidas, en donde el niño todavía toma un rol pasivo, pero ayuda a desarrollar la función de comprobar lo que le es conocido con lo que no.

La necesidad de contacto con la madre se expresa con la preferencia hacia un objeto que tenga las características que la madre transmite al momento de acariciarlo, como cálido al tacto, suave, flexible, etc., es algo que se perciba como madre, la sensación, el gusto, el olor (Winnicott, 1953 citado en Mahler, M. 1977),

Asimismo Mahler, M. (1977) menciona que al final del primer año y a principios del segundo, comienza a desarrollarse el proceso de separación e individuación de dos formas al mismo tiempo.

La primera es la individuación con la evolución de las funciones cognitivas, como la percepción, la memoria, la prueba de realidad, que son necesarios para desarrollar los primeros cuidados para diferenciar el yo del no yo, desarrollar el sentido de pertenencia y la necesidad de cuidado del propio

cuerpo. A su vez la capacidad del juicio de realidad ocasiona que el niño se percate de lo que necesita y lo que sucede si descuida.

El segundo es la separación que es la continuación de la diferenciación del sí mismo y del otro, el distanciamiento, y la formación de límites. Es la fase de ejercitación locomotriz que sucede cuando se endereza para ver a su madre, cuando empieza a gatear, a trepar, intentos de ponerse de pie, etc., pero aún agarrado, esto determina la cercanía y distancia con ella, y con lo familiar, relacionado con la madre, estos ejercicios permiten que el niño poco a poco conozca nuevas cosas que lo rodean, libertad y oportunidad de realizar actividades a cierta distancia de la madre, pero que es necesario que la vea para animarse y reestablecerse después de un tiempo de distancia, para después seguir con más energía su exploración.

La misma autora explica que unos meses más adelante el niño comienza a caminar, y con ello nuevos cambios que le dan nueva visión a su medio ambiente, nuevas maneras de autocuidado, que le ayudan a prevenir golpes al caerse, pegarse, etc., debido a que ahora su postura corporal es vertical, con la inquietud de conocer más cosas, y practicar este alejamiento y cercanía con la madre que busca para ser consolado o para fortalecerse cada vez que la mira. Paralelo a esto se encuentra el aprendizaje de algunas palabras, la memorización para reconocer lo familiar de lo extraño, la visión objetiva del mundo externo, los juegos con la madre, etc. Con lo anterior se consolida el periodo de acercamiento que es una nueva manera

de estar el niño con la madre, debido a que entran más cosas y personas en el mundo del pequeño, y busca una forma especial para estar con ella y mantener su contacto afectivo.

Los cuidados que la madre proporciona es la capacidad de ella para ayudar al niño a controlar sus impulsos. Zarco, S. (2003) refiere que los pasos que el niño realiza para la regulación de la ambivalencia son importantes para el desarrollo de su personalidad, si esto se lleva a cabo de manera óptima el niño se dará cuenta de que existen impulsos contradictorios, que son tolerables para él y que puede controlarlos de determinada manera, sin causar daño al objeto amado y esto provoca una sensación de confianza en el niño, puesto que reconoce que es más grande el amor que siente hacia sus padres y ellos hacia él, al cuidarse y al cuidarlos.

La existencia del padre, es un factor importante durante el proceso del autocuidado, la madre al mantener una comunicación intersubjetiva con el niño, le emite fantasías de manera inconsciente del padre, el niño utiliza estas fantasías para crear la imagen paterna, y posteriormente se establece cuando existe el contacto real, y van cambiando los mensajes por ese contacto, sin embargo la importancia del padre toma una mayor fuerza durante la fase edípica, en donde la niña reafirma su identificación con la madre y el niño logra su identificación sexual. El padre brinda al pequeño la sensación de protección, pues se crea la imagen de fortaleza y que es quien lo va a defender de sus temores y fantasías terribles que provienen tanto de

lo externo como de lo interno. Por ello el padre se convierte en un objeto de amor protector que le ayuda al niño a tener un sentido permanente de autoestima. A su vez refuerza el control de impulsos, originando una mayor protección contra sus manifestaciones agresivas, y expresarlas de una adecuada manera.

Para Morales y Alatraste (1994 citadas en Zarco, S. 2003), el padre debe hacer sentir a su hijo acompañado, para lograr esto tiene que contar con los siguientes aspectos:

- 1) Que acepte al niño, que sea tolerante ante los impulsos agresivos y de manera que lo ayude con gusto a resolver sus conflictos para que crezca cada momento.
- 2) Es importante la relación con su pareja, que trabajen juntos, ayudarle a comer, a dormir, a comunicarse, en compañía de la madre en los momentos significativos y placenteros en el desarrollo del niño.
- 3) Un compromiso con el trabajo de educar a su hijo.

Estos aspectos brindan al niño el sentimiento de protección que le ayudará a sentirse cuidado, y al mismo tiempo cuidarse a si mismo en diferentes situaciones de su vida.

Por lo anterior podemos decir que tanto la madre o figura materna como el padre otorgan al niño la facultad de adaptarse y de poder relacionarse con el mundo externo e interno, llevando los cuidados aprendidos para emplearlos a si mismos y en sus futuras relaciones personales.

### **3.2 El autocuidado en el adulto**

El adulto entre los 40 – 45 y 60 – 65 años busca lograr reorientar la atención hacia sí mismo, la autonomía personal, el equilibrio en el desarrollo de la emociones y pensamientos, coherencia entre lo que siente, piensa y hace, para poder confrontar los aspectos importantes de la vida.

La cultura griega llama autocuidado a “el cultivo de sí” en donde son importantes las relaciones del individuo consigo mismo, este cultivo de sí se basa en el siguiente principio; hay que cuidarse y respetarse a sí mismo incrementando su auto conocimiento mediante sus actos, hasta llegar a crear una identidad propia. Entonces para esta cultura el cuidado incluyen los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los ejercicios físicos sin excesos, la satisfacción de las necesidades y las meditaciones, lecturas, reflexiones y el escuchar. (Uribe, T. 1999)

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas. Asimismo hemos visto que el autocuidado se adquiere a temprana edad y toma forma durante el desarrollo, de tal manera que una persona adulta expresa los cuidados de acuerdo a su patrón cultural, desarrollo de sus propias capacidades y habilidades para con los individuos con los que se relaciona, a su vez mantiene un equilibrio en el mundo que lo rodea, socializa y evita encerrarse en si mismo y a la vez tiene momentos de intimidad.

Entonces el adulto al cuidar contribuye a promover y desarrollar salud o satisfacción a las personas, por esto se espera que sea capaz de distinguir sus malestares y registrar diversas situaciones agresivas que vienen de lo interno y lo externo, para reconocer que necesita de objetos externos que le ayuden a calmar los malestares que le afectan o causan daño, poder encontrar su equilibrio, y aceptar que tiene que hacer un esfuerzo para lograr su bienestar. Por ejemplo una persona por si sola no puede quitarse el dolor de cabeza sino que necesita buscar alguna pastilla que le calme el dolor.

Generalmente las personas presentan un instinto de auto-conservación al encontrarse ante situaciones que representen una determinada amenaza para su bienestar, estas reacciones son innatas, pero la persona desarrolla la capacidad de autocuidado al presentar diversas conductas que lo protejan, como el cubrirse cuando hace frío, tomar medicamentos si se encuentra enfermo, mantenerse aseado, llevar acabo las indicaciones adecuadas si lleva un tratamiento, etc., todas estas acciones crean satisfacción para la persona, debido a que es una forma de quererse, de tener sensaciones agradables como las que la madre proporcionó en la infancia, formando el cuidado permanente. Una persona adulta que busca sentir sensaciones positivas es capaz de establecer relaciones afectivas, estables y duraderas en díadas o grupos en donde se desenvuelve exitosamente.

También está el cuidado de curación que se utiliza ante el uso de tratamiento o algún padecimiento físico, y sucede cuando la persona reconoce las sensaciones de enfermedad del propio cuerpo y se percata que existen factores externos e internos que los provocan, entonces se puede buscar una respuesta a su problema para intentar solucionarla, pero en ocasiones las personas no detectan alguna molestia fácilmente sino que tiene que aumentar la intensidad del mal para que la persona pueda registrarla, ya que la tolerancia al dolor varía en cada persona, puesto que un adulto puede aguantar más o menos que otra persona, y para quitarse ese dolor recurren a diferentes recursos como: el descanso, las pastillas, o algún tratamiento médico, por ejemplo una persona que se encuentra trabajando bajo presión suele presentar diversos malestares como un dolor de cabeza, insomnios, etc., y no darse cuenta de la causa, hasta que solicita algún tipo de ayuda terapéutica, y sigue las indicaciones de un tratamiento (Uribe, T. 1999)

Así la prevención indica que la persona hace lo posible por la ausencia de la enfermedad y la curación hace que el adulto desarrolle las habilidades que aprendió de pequeño, como su capacidad de responsabilidad y acciones que lleven a soluciones que no afecten su salud. Para Zarco, S. (2003) esto indica que para una acción se produce una reacción y por último se establece la acción, es decir si el adulto sale sin abrigarse y hace frío o llueve comienza a tener malestares de una gripe, como cuerpo cortado,

sueño, malestar en nariz y garganta, entonces ira al médico y tomara algún medicamento que le cure los malestares, y lo complementará con abrigarse, baños calientes, etc., encontrando en todo esto un sentimiento de amor para sí mismo, esperando que para otra vez salga preparado ante una situación similar.

La persona que expresa y trasmite afectos como alegría, tranquilidad, amor, emoción, ternura, seguridad, comprensión, protección, etc., le ayuda a mejorar su calidad de vida en diversas áreas como laboral, emocional, social y cultural, así como lograr estabilidad y satisfacción con sí mismo y con los demás. Pero cuando aparecen los sentimientos como tristeza, dolor, miedo, soledad, inseguridad, etc., suelen causar descuido y abandono, que perjudican a la persona de diversas maneras y en diversas áreas de su vida, provocando accidentes, errores u olvidos graves, e incluso la muerte si se encierra en sí mismo al no encontrar soluciones (González, A. 2004)

Por ello es importante equilibrar los afectos positivos y negativos, y crear tolerancia, seguridad y fortaleza buscando que predominen los afectos positivos, ya que es cuando el adulto transmite energía o gusto al estar con los demás y tener una buena autoestima, de lo contrario se encuentran los adultos que de todo se molestan, se desesperan fácilmente, se enferman seguido, y no logran vivir placenteramente.

### **3.3 La adherencia terapéutica en el diabético**

La diabetes es un padecimiento que es necesario regular mediante actos voluntarios para mantener el equilibrio interno del cuerpo, algo que en condiciones normales nuestro sistema nervioso y endocrino regulan sin necesidad de ayuda, cuando el cuerpo no puede mantener su homeostasis es necesario un tratamiento médico y el propio cuidado que la persona que padece ésta enfermedad se otorgue, es decir su autocuidado, debido a que el 98% de las acciones del cuidado son responsabilidad propia.

La mayoría de los adultos quienes padecen diabetes tipo 2 que es una enfermedad de por vida para la cual todavía no se ha encontrado cura, pues la causa es un problema en la manera en que el cuerpo produce o utiliza la insulina, que es una sustancia necesaria para que la glucosa se desplace desde la sangre hasta el interior de las células. Las personas presentan dificultades para ser constantes en su tratamiento, poco a poco esto va provocando que aparezcan complicaciones de la enfermedad, por eso es necesario que mantengan una vida disciplinada.

Es importante que el paciente logre mantenerse en tratamiento, García y Padilla (1994 citadas en Patlán, M. E. 1999), explican que la expresión de la forma de vivir de cada persona, de ser y de relacionarse con el exterior es una expresión de lo que la persona siente interiormente y que la forma en la que conserva a aquellas personas y objetos queridos se refleja en la

manera en que se relaciona con las personas, por ello la primera relación importante en las personas es la establecida entre el niño y su madre, relación que moldea los estilos de relaciones posteriores.

Bowlby (en 1993 citado en Patlán, M. E. 1999), menciona que el vínculo que une al niño con su madre es el producto de la actividad de una serie de conductas innatas sistematizadas con las que busca proximidad con la madre, por ejemplo extender los brazos, buscar el rostro de la madre, escuchar su voz, etc., siendo así una consecuencia previsible de acercamiento, que se va reafirmando de manera progresiva. A esta serie de conductas de acercamiento se le denomina apego en donde se consigue mantener una relación afectiva.

Para algunas personas la relación médico – paciente es como un matrimonio, es decir, ambos personajes participan con el fin de que la relación sea exitosa, con compromiso e interés mutuo. Aún en el desacuerdo la comunicación esta alentada por el médico en el paciente, a su vez existen sentimientos de sensibilidad a las críticas o irritabilidad por realizar trámites administrativos y suelen adoptar una actitud de enojo generalizada que ocasiona aislamiento, puesto que el enojo es una emoción que afecta y lastima las relaciones con los demás, ya que es de naturaleza destructiva y en ocasiones surge ante el sentimiento de inseguridad o la falta de sentirse comprendidos (Vázquez, F. 2002).

Por ello es importante el vínculo dentro de cualquier tratamiento para que el paciente logre permanecer en el tratamiento, no como una forma de dependencia sino como una relación afectiva que permita reconocer lo sano de la relación para su progreso. Este proceso puede ser doloroso y prolongado, ante esto suelen aparecer resistencias, como no asistir a sus consultas por falta de tiempo, por horario, climas, dinero, etc., que obstaculizan el proceso, esto puede orillar al paciente a desistir o interrumpir su tratamiento (Patlán, M. E. 1999).

Por lo tanto un factor importante es el fuerte lazo familiar que el diabético presenta para mantenerse constante en su tratamiento y sobrellevar su enfermedad, debido a que no le basta la información sobre su enfermedad, el apoyo médico que lleva, o el control dietético, sino conocer y comprender el proceso de su enfermedad que le permita distinguir cuando empeora o mejora, así como conocer sus causas, signos y síntomas, para que pueda controlar este padecimiento, aun en ocasiones sin medicamento, solo con su revisión mensual, un buen control alimenticio y distinguir el estado emocional que provoca cambios en los niveles de glucosa.

El diabético debe saber administrarse el tratamiento, atender las descompensaciones y modificar o promover actitudes que favorezcan su autocuidado, para obtener como resultado el cambio de hábitos, y ser constantes. Pero antes necesita aceptar su enfermedad, evaluar los nuevos cambios, tomar decisiones para el tratamiento y conservar su autoestima.

También necesita desarrollar capacidades de tipo físico, mental, emocional y motivacional.

Las reacciones frente a la noticia del padecimiento son variadas: sorpresa, dificultad en creer que realmente esta sucediendo, temor, etc., por esto es importante hablar acerca de estas sensaciones con el fin de librarse de una carga pesada y agotadora para buscar soluciones.

Díaz, L. Galán, S. Fernández, G. (1993), mencionan que para que el diabético logre una adherencia terapéutica debe pasar por un proceso, esto es que primero debe superar la noticia de la enfermedad, para evitar que decaiga su estado afectivo y produzca cambios fisiológicos que agraven su enfermedad. Señala que existen tres vías por las que se afecta el funcionamiento biológico:

1. Las cognitivas y emocionales que son capaces de regular las respuestas neurológicas, inmunológicas y endocrinas, que se encuentran en constante interacción.
2. Conductuales que se observan en los estilos de vida que afectan al organismo mediante la alimentación, el alcohol, tabaco, etc.,
3. Ecológico – conductuales que modifican el ambiente natural y social que afecta a todos los habitantes, puesto que es un aprendizaje sociocultural.

Usualmente el diabético atraviesa por una etapa de negación, en donde niega la existencia real de su padecimiento, debido a un sentimiento de

incapacidad para enfrentar el dolor intenso al conocer su enfermedad, pero esta negación ayuda a digerir en forma gradual sus emociones que ocasionan que la persona caiga en cama. Para encontrar nuevas maneras de enfrentar la diabetes, mediante el afrontamiento cognitivo, ya que se refiere a la existencia de nuevas ideas lógicas de cómo llevar a cabo un mejor tratamiento, y aceptar la presencia de la enfermedad, así cuando se realiza el cambio de experiencias emocionales negativas, ocurre un afrontamiento afectivo, que produce la aparición de emociones positivas (Vázquez, F. 2002).

Para que se logre establecer una adherencia al tratamiento es importante que el médico y el paciente mantengan una comunicación y entendimiento del problema, mostrar interés al tratamiento tomando en cuenta aspectos emocionales y físicos, tener tolerancia así como aceptación de la enfermedad y los cambios de hábitos o disciplinas que implica el tratamiento, el médico debe mostrar al paciente entendimiento por lo que atraviesa (empatía), para que la persona lleve a cabo de mejor forma las indicaciones, y hacer notar a la persona que aspectos son los que obstaculizan su mejoría, para que logre una estabilidad física y emocional (González, J. J. 2000)

Así la medición de la glucosa en sangre se debe realizar periódicamente y tomar en cuenta los factores externos e internos que afectan a la persona con el fin de observar su mejoría o estabilidad lograda de su enfermedad, se

recomienda buscar ayuda profesional para que la persona aprenda a controlar sus estados emocionales, conocer aspectos de nutrición, saber que ejercicios físicos debe realizar y su consulta médica para lograr su autocontrol.

Como se ha mencionado en la relación médico – paciente es un vínculo intenso importante para llevar a cabo el tratamiento de la diabetes, en donde debe haber una sintonía afectiva entre ambos para que el paciente logre una adherencia, esto es que el médico comprenda y entienda las necesidades de la persona al establecer un régimen dietético, como respetar gustos, sus costumbres y sus preferencias alimenticias, disminuir las calorías, si existe sobrepeso hay que reducirlo, ayudarle a mantener una dieta equilibrada considerando alimentos de consistencia suave, consumir fibra para la digestión, tomar 2 litros de agua diarios, consumir poca sal, reducir grasas, no consumir alimentos y bebidas con azúcar, y llevar un control médico de las grasas en el cuerpo, de tal manera que el médico acompañe al paciente como lo hizo la madre en su infancia, proporcionando cuidado e interés por la persona. También es importante establecer la actividad física realizando una previa valoración, relacionada con la dieta, medicamentos administrados y antecedentes de haber realizado ejercicio, complementado con estudios de laboratorio. Por ejemplo una sesión puede comprender, ejercicios de calentamiento suficientes para aumentar la frecuencia cardíaca, después viene el trabajo físico que consiste en

esfuerzos musculares, a medida de que logre una constancia física. Y por último el plan de tratamiento farmacológico que el médico otorgue al paciente diabético. (Alpizar, M. 2001)

Los programas de educación para la salud en la diabetes mellitus deben estar elaborados en un contexto funcional, siempre dar respuestas a las necesidades de salud de la población por ello es necesario destacar cuales son los factores de riesgo y los factores de protección.

<b>Factores de Riesgo</b>	<b>Factores de Protección</b>
Antecedentes genéticos	Consejo Genético
Madre con antecedentes de un hijo con un peso de 4kg y/o personas mayores de 25 años	Población informada de los factores de riesgo para incrementar medidas de prevención.
Desorden del sistema endocrino y metabólico	Atención capacitada de médicos y la realización de diversos estudios médicos
Nula o escasa actividad recreativa de ejercicio	Habilitar a la población para actividades cotidianas
Situación de mayor estrés del individuo en la dinámica laboral	Estar habilitado para un mejor manejo y control de estrés
Deficiente higiene personal	Baño diario o mínimo cada tercer día
Desempeño laboral de esfuerzo físico y mental intenso	Evitar este tipo de actividad laboral e informar al médico en caso necesario.

Alteración en la dinámica familiar	Participación de la familia en grupos de integración familiar
Deficiente conocimiento y poca participación familiar en el cuidado y control del diabético	Familia preparada para el manejo y control del diabético.
Insuficientes medidas de protección y apoyo a discapacitados	Contar con suficientes espacios de apoyo y facilitar desplazamientos.

Por lo tanto para que haya una buena adherencia terapéutica debe haber una interacción afectiva constante entre médico – paciente, estabilidad emocional, reconocer el rol que la persona desarrolla dentro de su familia, ya que le da fuerza y energía para continuar de manera constante y la participación responsable del paciente en actividades que mejoren su calidad de vida. Reconocer que es un trabajo interdisciplinario con una tarea propia relacionada a la ayuda de un mejor control metabólico para bienestar psicológico y social.

Educar a la persona sobre aspectos de su tratamiento es una tarea complicada y laboriosa que consume tiempo y en ocasiones sin resultados positivos, por ello se busca transformar estos aspectos para crear una cultura de autocuidado.

# **CAPITULO 4**

## CAPITULO 4

### Los Afectos

---

#### 4.1 Desarrollo de los afectos

Como vimos en el capítulo anterior en un primer momento el niño en su inmadurez inicial y su dependencia fisiológica hacia su entorno y los adultos, carece de significados afectivos, estos significados surgen entre los 9 y 15 meses de edad, y es el primer proceso de compartir experiencias subjetivas con la figura materna, intercambiando señales afectivas como una forma de comunicarse, para que en etapas posteriores sea una manera de relacionarse con su medio interno y externo. Así al comenzar el intercambio de señales afectivas el bebé muestra que aparece el dominio de sí mismo (González, A. 2002).

Poco a poco aparecen y se desarrollan las emociones de amor, enojo y miedo. Para ello la cercanía física, el ser tocado, el ser manipulado, el afecto que la madre o la figura materna proporciona, la temperatura, las texturas y el acunamiento, entre otras, son importantes para el desarrollo afectivo de las personas.

Por ello la afectividad se define de muy variados modos, debido a su índole subjetiva, pues abarca todos aquellos estados de ánimo y todas las reacciones que tienen su origen en la pulsión que es el motivo que surge de satisfacer necesidades fisiológicas básicas y que se va asociando esa

satisfacción con una persona especial. Esto hace que se haga una conexión emocional hacia las personas y cosas que rodean al niño.

Dentro del desarrollo de los afectos abarca conceptos como el sentimiento, la emoción y la pasión que son 3 distintos estados de ánimo (González, J. J. 1990).

- ❖ La emoción es un estado de ánimo brusco, repentino y pasajero o de poca duración, se caracteriza por cogniciones, sensaciones vícerales específicas, reacciones fisiológicas y conductas expresivas difíciles de controlar. Por ejemplo “se me sale el corazón”, “tengo un hueco en el estomago”, “se me hace la piel de gallina”, etc.
- ❖ El sentimiento es un estado de ánimo más duradero en donde intervienen la razón y la voluntad, en donde el sujeto reconoce por su cualidad e intensidad la valencia positiva o negativa del sentimiento y puede darle un nombre, es decir se registra lo que se siente y porque se siente, y adquiere una cierta estabilidad que hace que sea más duradero en su sentimiento, esto depende de la capacidad comprensiva de cada persona y de su propia personalidad.
- ❖ La pasión es un estado de ánimo intenso con asistencia del intelecto positivo o negativo, de gran persistencia y puede volverse permanente, estos tienen una mayor carga sentimental que hace más intensa la vida de la persona, es decir, es la inclinación fuerte de una persona a otra o a un objeto, un deseo intenso o persistente y de

larga duración que ocasiona la pérdida de objetividad hacia las demás cosas.

Todos los afectos producen reacciones fisiológicas, es decir, un estado de ánimo no sólo comprende una determinada "sensación", o una modificación de la conciencia sino que suele provocar alguna alteración orgánica que despierta a todo el organismo, desde receptores, glándulas, músculos, sistema nervioso, etc., así lo que sentimos en nuestro interior, también lo siente y lo manifiesta nuestro cuerpo.

La manera en que las personas experimentan algún afecto está asociada con el modo en que evalúan una determinada situación, es decir depende de las circunstancias de cada persona. Pero la expresión de algún afecto se refleja físicamente en la persona, por ejemplo en la risa, se exterioriza la alegría como vivencia, y produce un estiramiento de labios y un mejor funcionamiento corporal, es decir al estar contenta una persona se dispone a realizar cualquier actividad física. Pero existen afectos que no se detectan fácilmente, más sin embargo producen reacciones fisiológicas que suelen causar enfermedades psicosomáticas provenientes de sentimientos negativos, es decir, dolorosos o penosos. Por ejemplo la ansiedad, puede ocasionar incremento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, alteración en la presión arterial etc., hasta llegar a un infarto silencioso, o una parálisis sea facial o cerebral.

En el año 1872, Darwin publica "The expression of the emotions in man and animals" ("La expresión de las emociones en hombres y animales). Darwin detalla las diversas maneras como humanos y animales expresan emociones: fruncimiento de entrecejos, movimiento de ojos, posición de orejas, erizamiento de pelos, etc.

(<http://www.redcientifica.com/doc/doc200305259809.html>)

Las emociones son en parte transparentes, y pueden detectarse si se sabe distinguir las expresiones faciales y corporales. En los animales por ejemplo el perro recoge la cola si tiene miedo, levantado cuando está enfadado y agresivo, moviéndolo de un lado a otro si está contento.

En los humanos aunque existen emociones vícerales reflejas, su expresión posee componentes conductuales mas complejas, que son la manera en que éstas se muestran externamente. Son en cierta medida controlables, basados en el aprendizaje familiar y cultural de cada grupo:

- Expresiones faciales.
- Acciones y gestos.
- Distancia entre personas.
- Componentes no lingüísticos de la expresión verbal (comunicación no verbal).

Los otros componentes de las emociones son fisiológicos e involuntarios, iguales para todos:

- Temblor.
- Sonrojarse
- Sudoración
- Respiración agitada
- Dilatación pupilar
- Aumento del ritmo cardíaco

Los afectos se caracterizan por expresión cualitativa de la pulsión:  
(Rapaport, 1962 citado en Michaca, P. 1987)

1. Existen pulsiones, que son cargas de energía que pueden ser producidas por el organismo para calmar las necesidades físicas o por el ambiente externo que ocasionan la aparición de alguna necesidad.
2. Todos nacemos con pulsiones que buscan su descarga desde el nacimiento. En los primeros años de vida, la madre o la figura materna es la persona que ayuda al niño a realizar la descarga, mediante diversas acciones como alimentarlo ante la necesidad de hambre, cambiarlo cuando evacua, etc.
3. Asimismo, se nace con reflejos que producen reacciones para descargar la energía, estos son innatos e indiferenciados al principio y poseen una determinada tolerancia de malestar que permite o no la descarga de diferente intensidad.

4. La pulsión y las reacciones innatas de descarga caracterizan la naturaleza del impulso y a su vez buscan objetos, para efectuar la descarga de energía, es decir si la pulsión es alimenticia, se descarga al comer, pero si la pulsión es sexual la respuesta se efectuará si existen respuestas disponibles o adecuadas a las circunstancias.
5. Cuando la descarga de la pulsión es frustrada, la persona no se tranquiliza hasta buscar por diferentes medios satisfacer esa necesidad, esto lo hace cuando los afectos y pensamientos no logran la meta de una adecuada y adaptativa manera, la energía se queda estancada y busca cualquier forma de expresión, a través de la acción, pensamiento y afectos.
6. Así, la vida afectiva queda bajo control del yo, instancia o estructura psíquica dominada por el psicoanálisis y es el que percibe los afectos.
7. Los afectos reconocidos, reprimidos, espontáneos, etc., están bajo control yoico que debe asegurar que la descarga se producirá.
8. El control adecuado de afectos ayuda a predecir la conducta y a garantizar el bienestar emocional y afectivo del sujeto cuando la descarga se da con el objeto o persona adecuada a la que se esta ligada, así como a la manera de cuidarla que es cuando se

expresan afectos con valencia positiva y es en circunstancias reales y adecuadas.

9. Cuando el objeto para realizar la descarga del impulso esta ausente, el afecto presente suele descargarse en el propio cuerpo, por ello que estos tienen consecuencias fisiológicas, ya sean observables y medibles o simplemente percibidos y sentidos por el yo, de manera que se expresan en alguna enfermedad o malestar físico e incluso conductual al haber un descuido. También se puede realizar la descarga desplazándolo a otra persona o cosa.
10. El yo siente los afectos. Las reacciones y el grado de estímulos de la descarga afectiva, esto no es visible, es individual y personal. Modelados de acuerdo con la cultura en la que se vive, y con característica personal. Es decir lo que puede asustar a una determinada persona, a otra persona no le causará problema, por ejemplo, un susto no causa la misma reacción a un individuo diabético que a un individuo de buena salud, pues el primero tendrá un incremento de glucosa, que estabilizará con medicamento y el segundo no necesitará de medicamentos para reponerse.
11. La normalidad y la patología de los afectos, también la podemos visualizar como alteraciones tanto en cantidad como

en calidad. Alteraciones de cantidad en la pulsión, y en las reacciones de descarga, y de calidad en cuanto a la modulación y control yoico.

Por lo tanto de las revisiones de afecto en este trabajo podemos definir esté conceptualmente como: Todo estado emocional, penoso o agradable, vago o preciso, sea una descarga masiva o una forma general de expresión pulsional. En donde todo afecto se manifiesta en dos registros ya sea pulsión agresiva o libidinal con su representación, y la expresión específica de la cantidad de energía por la pulsión, sus variaciones y derivados.

Por ello todas las respuestas tanto internas como externas de un individuo integran su personalidad, en donde atraviesa por diversas etapas del desarrollo con diferentes metas en el control pulsional que se manifiestan por la expresión de afectos, de manera que si se cumple con la meta de la etapa emocional, puede pasar a la siguiente etapa con el respectivo progreso emocional y físico que va dando como resultado la expresión de los afectos que favorecen el desarrollo de los individuos.

#### **4.2 Clasificación de los afectos**

Wolf (1970, citado en González, J. J. 1990) menciona que los afectos se dividen en 2: normales y anormales.

Los estados afectivos normales son: simpatía, amor, antipatía, aversión, miedo, felicidad, júbilo, infelicidad, cólera, sorpresa, actividad, agresividad,

calma, sumisión, impulso, inhibición, duda, suspicacia, autocrítica, modestia, confianza en sí mismo, autoprotección.

Los estados afectivos anormales son: fijación, fascinación, fobia, horror, angustia, manía, agitación, melancolía, rabia, espanto, sadismo, apatía, masoquismo, compulsión, parálisis, preocupación, ideas de persecución, consciencia esquizoide de sí mismo, complejo de inferioridad, megalomanía.

Sin embargo un mismo afecto puede ser normal en una persona y anormal en otra, por ello esta división no es estricta o tajante. La manera en como se entrelazan y se expresan todos estos afectos hacen que sean normales o no, es decir cuando existe el contacto con uno mismo, así como con los demás se lograr establecer relaciones sociales significativas que permiten que se desarrollen la sintonía afectiva de lo contrario se habla de una distonía afectiva (González, A. 2002).

La distonía afectiva es la dificultad de estar en contacto con los demás, por ello la persona no puede establecer relaciones con otras personas, tampoco puede compartir afectos, ocasionando una alteración en la expresión afectiva y la pérdida de significado afectivo a las palabras y acciones, dejándolas vacías de expresión (McDougall, J. 1989)

La distonía afectiva se da entre otros trastornos en aquellas personas que toleran un mayor grado de malestares corporales, perjudicando la capacidad de desear y la actividad de pensar aspectos de cuidado y

protección. Así el yo corporal ayuda a las personas a estar en contacto con sí mismos y con los demás, expresando los cuidados que recibió en su infancia tanto físicos como afectivos (González A. 2002).

Como hemos mencionado antes existen afectos que determinan la conducta de una persona ya sea en aspectos positivos o en aspectos negativos.

Charles Darwin observó como los animales (especialmente en los primates) tenían un extenso repertorio de emociones, las cuales tenía una función social, pues colaboraban en la supervivencia de la especie; tienen, por lo tanto, una función adaptativa.

Teniendo en cuenta esta finalidad adaptativa de las emociones, podríamos decir que tienen diferentes funciones, emociones que favorecen y emociones que perjudican.

#### **4.2.1 Afectos que incrementan al yo**

Existen afectos que motivan a las personas dando como resultado una sensación de crecimiento externo e interno y son: sentir simpatía, ternura, capacidad de perdonar, etc, (González, A. 2002).

La confianza es un afecto que se forma durante los primeros meses de vida mediante el contacto, la cercanía, el abrazo, etc., que perduran durante toda la vida, pues cuando se cubren las necesidades de comida, limpieza y abrigo se crea el sentimiento de seguridad y desarrolla otros afectos de cuidado y amor hacia sí mismo y hacia los demás. Así al aparecer los

sentimientos de amor y cuidado surge el sentimiento de intimidad que valora la amistad y busca el crecimiento personal para alcanzar el bienestar consigo mismo y con los demás, a través de la paciencia para lograr metas previniendo obstáculos y consecuencias para llegar a ellas al cooperar, ceder y perdonar para tener amor, bienestar y trabajo (Erickson, E. 1990).

#### **4.2.2 Afectos que conservan al yo**

Los Afectos que conservan al yo son: sentir respeto, ser correcto, sincero, etc, (González, A. 2002).

La esperanza es una fuerza básica que consiste en la capacidad de confiar, poder resolver las necesidades y/o angustias, así como de creer en las habilidades propias para ello otro afecto es la voluntad, el querer o no querer hacer las cosas, esto implica un esfuerzo para tener la finalidad de llegar a un fin o una meta y superarse constantemente, más adelante se convertirá en valores como de respeto a la ley y mantener un orden (Erickson, E. 1990).

El sentimiento de triunfo o productividad ayudan a las personas a tener la sensación de satisfacción al realizar algo nuevo y bien hecho al emplear técnicas formales que le funcionen. La solidaridad o cooperación con los demás es un afecto que indica apoyo y deseos por conocer o aprender cosas nuevas que ayudan a mantener la integridad de una persona y ser

fiel a sus ideas, valores y afectos con la empresa donde labora, amistades, pareja, familia, etc. (Erickson, E. 1990).

Para Maslow la necesidad de autorrealización, es un afecto que consiste en la búsqueda de realizar y desarrollar sus potencialidades para expresar sus valores, conocimientos e ideas para trascender y dejar un legado. (Davidoff, L. 1989)

#### **4.2.3 Afectos que decrementan al yo**

Estos afectos son los que detienen el crecimiento emocional e intelectual de una persona, debido a que estos sentimientos invaden la mayor parte del pensamiento de una persona como: el coraje, enojo, miedo, nostalgia, etc., (González, A. 2002).

Estos afectos se desarrollan cuando no se logran cubrir algunas necesidades, ya sean físicas o afectivas durante los primeros meses de vida desarrollando la desconfianza. Así al presentarse este sentimiento impide la autonomía y aparece la vergüenza o la duda, en donde tiene miedo de enfrentar las cosas (Erickson, E. 1990)

El miedo es la anticipación de una amenaza o peligro que produce ansiedad, incertidumbre, inseguridad y se tiende a la búsqueda de protección.

Así cuando la persona se encuentra ante un estímulo que le causa miedo o temor, el cuerpo reacciona activándose, de manera que esté a punto de

cualquier reacción de lucha o huida que sea preciso a fin de protegerse, ya que el impulso más básico es el de la supervivencia.

La activación se produce de la siguiente manera:

Las pupilas se dilatan

El tórax se ensancha

El corazón se dilata, aumenta la provisión de sangre.

Se produce un aumento de la tensión arterial.

Los músculos se contraen.

El hígado libera glucosa, el combustible de los músculos.

La piel palidece.

Los bronquios se dilatan para aumentar el volumen de oxígeno.

En casos extremos la vejiga urinaria se vaciará.

Otros afectos negativos o que decrementan al yo son:

Aversión es un disgusto o rechazo a la persona.

Ira es rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad. Induce a la destrucción.

Tristeza, Pena, soledad, pesimismo. Motiva a la persona al aislamiento.

La inhibición es dudar de lo que se realiza y en ocasiones se opta por no realizarlo para evitar culpa, es decir, no se participa en una actividad porque la persona cree saber no hacerlo y se evita un regaño, un reproche o sentirse mal. Esto ocasiona que la persona se aislé y se estanque al no realizar las cosas si no se le piden o conformarse y llegar a la mediocridad

al hacer las cosas sin calidad e interés. Por lo tanto se aparta con actitudes de rechazo, alejando a los que están a su alrededor ocasionando que la persona se encuentre de mal humor la mayor parte del tiempo (Erickson E. 1990).

La ansiedad es una emoción negativa, una perturbación provocada por las presiones de la vida diaria. Es la emoción con mayor peso como prueba científica al relacionarla con el inicio de alguna enfermedad. Frecuentemente suele aumentar de manera desproporcionada y fuera de lugar; esta perturbación se produce ante situaciones con las que debemos vivir o que son evocadas por la mente, y no por peligros reales. Por esta razón se esta convirtiendo en un riesgo para la salud si se presenta en forma crónica. Si las angustias perduran, estas amenazan la salud; una mayor cantidad de cambios en la vida y de molestias está vinculada con una mayor probabilidad de enfermedades físicas. Esto que las defensas del cuerpo se encuentran vulnerables ante enfermedades infecciosas tales como resfriados, gripes y herpes. Constantemente estamos expuestos a esos virus, pero normalmente nuestro sistema inmunológico los combate, sin embargo, con la ansiedad esas defensas fallan. Las diferencias en resistencia a las enfermedades infecciosas se deben, en parte, a las tensiones de la vida. Cuantas más ansiedades existan, mayor será la incidencia de males infecciosos. Durante la tensión las respuestas hormonales suprimen ciertas funciones inmunológicas, haciendo que las

personas sean más susceptibles a los agentes que causan los males infecciosos. Cuando la ansiedad persiste, las actividades inmunológicas pueden estar deprimidas. (Lawrence, K. 1984)

#### **4.2.4 Afectos de relaciones significativas**

Los afectos relacionados con sus objetos son aquellos que se van formando a través de los cuidados, amor, frustraciones, etc., que la madre o figura materna transmite, para que después el pequeño exprese a: padre, madre, hermanos, amigos, familia, pues son aquellos afectos que se comparten con la gente que rodea a una persona, así cómo la manera en que se llevan a cabo (González, A. 2002).

Uno de estos afectos es el retraimiento, que impide el contacto con los demás, debido a la falta de la confianza básica que se desarrolla durante los primeros meses de vida.

Otros son la autonomía que se origina mediante la aprobación o desaprobación de los padres durante el control de esfínteres, en donde realiza su mejor esfuerzo para dar lo mejor de sí. La iniciativa, este consiste en realizar acciones por cuenta propia, con el riesgo de que este mal, para ello existe una interacción con las personas que pueden ser ejemplos a seguir. La competencia es una lucha por llegar a la meta y la vez para agradar y superarse cada día, esto es importante para lograr las metas, pero sin llegar al exceso o abuso de ésta, generalmente sucede en equipos

de trabajo para alcanzar un mejor puesto, conquistar a la pareja y dentro del desarrollo familiar. Así el trabajar en equipo ayuda crear el sentimiento de apoyo y cooperación que define la relación que la persona mantiene con los que le rodean y demuestra saber hacer las cosas y reconocer cuando no. La generatividad o productividad es desarrollarse individual y grupalmente, pues se busca la satisfacción personal y la de la familia, o amigos, a través de la educación o enseñanza que se le da a los demás. (Erickson E. 1990)

Alegría, diversión, euforia, gratificación, da una sensación de bienestar, de seguridad. Nos induce hacia la reproducción, es decir, deseamos reproducir aquel suceso que nos hace sentir bien con las personas que le rodean.

Es importante para todas las personas sentirse apreciadas y queridas por su grupo social, pues necesitan sentir prestigio dentro de su grupo, así los afectos en las relaciones sociales se convierten en elementos motivadores y estabilizadores que pueden transformarse en deseo y metas que la persona desee alcanzar(González, A. 2004).

### **4.3 Los Afectos en pacientes diabéticos**

Las emociones son tan dinámicas como la glucosa, es decir se modifican de un momento a otro. Las reacciones que se presentan frente al diagnóstico de diabetes son variadas; sorpresa, dificultad en creer que está realmente sucediendo, temor, etc.

Por esto es importante aprender a reconocer que emociones aparecen y como van cambiando, de manera que se hable de ello para lograr una aceptación y asimilación. Así hay personas que se pelean con la diabetes, la insultan, la miran con desprecio, con terror, como un enemigo horrible, la miran con fealdad, con odio, pretenden ignorarla, negando la existencia de la enfermedad para eliminarla, etc., afectos de consumen grandes cantidades de energía y provocan conductas autodestructivas en las personas, hablar de estos sentimientos que suele causar la noticia de está enfermedad es una forma de resolverlo para poder seguir adelante libre de estas emociones (Vázquez, F. 2002).

Los factores de personalidad y las respuestas emocionales de las personas que padecen diabetes son muy importantes porque influyen para mantener el control de su enfermedad, por ejemplo la tensión constante o el estrés ocasionan cambios perdurables o muy fluctuantes en el nivel del azúcar en la sangre, el estrés más común es el sentimiento de frustración ante la búsqueda de atención y afecto. Al no satisfacer estas necesidades afectivas se encuentran con el rechazo o una pérdida (Mackinnon, A. 1981).

Es común que si no hay alguien que acompañe a estos pacientes presenten complicaciones de su enfermedad y abandonen su tratamiento, el médico, la dieta y su cuidado como una manera de demostrar hostilidad y depresión ante la sensación de no lograr acompañamiento. Además es frecuente encontrar dificultades sexuales tanto en hombres como en mujeres (Lawrence, K. 1984).

Para las personas diabéticas el significado de las relaciones interpersonales cambian en función de sus necesidades, se renuevan y se fortalecen, por ello se vuelven indispensables para cualquier cambio en su salud. Al establecer estas relaciones afectivas y una aceptación de la enfermedad, el diabético puede conservar una estabilidad de su enfermedad, aprendiendo a vivir con ella pues busca la motivación para hacer ejercicio, llevar una alimentación más sana, el cuidado de su peso, es decir lleva una vida más disciplinada (Vázquez, F. 2002).

# **CAPITULO 5**

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## CAPITULO 5

### El yo y sus funciones

---

#### 5.1 Definición del yo

En la teoría estructural psicoanalítica desarrollada por Freud y posteriormente por Rapaport y Gill 1959 mencionan que hay estructuras psicológicas de cambios lentos, en donde ocurren diversos procesos mentales y se encuadran colocados jerárquicamente. (Michaca, P. 1987)

El yo se desarrolla a partir de del choque con la realidad y el contacto que la persona tiene con lo externo, por ello es el resultado de a interacción de la persona con su realidad objetiva. A partir de esta relación ocurre el desarrollo de los procesos mentales superiores, esto es que se establece el proceso secundario, la habilidad o capacidad de postergar la descarga de la energía. Poder demorar la descarga hasta que las circunstancias sean más favorables y asociadas a un objeto particular y especial al que se esta ligado afectivamente. A partir de la experiencia y la maduración de la persona se realiza el desarrollo del Yo como estructura psíquica que se rige por el principio de realidad. (González, J. J. 2002)

El principio de realidad es representar las circunstancias reales u objetivas del mundo exterior, sean agradables o desagradables. Este principio surge al diferenciar el propio cuerpo, es decir, al comienzo de la vida solo hay sensaciones de bienestar y malestar, más adelante aparece la figura

materna (algo externo) que intenta calmar las sensaciones de malestar, al sentir las sensaciones y el contacto físico de la figura materna se logra distinguir lo que pertenece al cuerpo y lo que no, cuando aparece esta distinción se va desarrollando el yo. Así el yo crea aptitudes como la capacidad de observar, seleccionar y organizar estímulos y pulsiones, también desarrolla métodos para evitar que la energía de una pulsión detenida se exprese inadecuadamente, ya sea en una acción, emoción o pensamiento. (Fenichel, O. 1991).

El yo es la estructura que siente los afectos de acuerdo a sus sensaciones, tolerancias, cultura propia de cada persona. (González, A. 2002).

## **5.2 Funciones del yo**

Freud (1940 citado en González, J. J. y Rodríguez, M. 2002), determinó las siguientes funciones:

1. Auto preservación
2. Conciencia y manejo de los estímulos externos
3. Control de movimientos voluntarios
4. Aprendizaje e influencia del mundo externo para beneficio propio
5. Búsqueda del placer
6. Evitación del displacer

7. Consideración de las circunstancias externas para decidir cuando satisfacer los impulsos instintivos
8. Transmisión de un inesperado aumento del displacer mediante una señal de angustia.

A su vez Freud (1940 citado en González, J. J. y Rodríguez, M. 2002) consideró los intentos del yo por evitar estímulos fuertes, así como la memoria y el esfuerzo por equilibrar las demandas impulsivas, normativas y el medio externo.

Más adelante Bellak, L. (1996) proporcionan una descripción de las funciones yoicas y las dividen en:

- a) Aquellas que establecen y garantizan el contacto con la realidad externa.
- b) Aquellas que modulan y permiten la descarga de los impulsos.
- c) Y las funciones que ayudan a conservar el equilibrio, la coherencia y la continuidad.

Las tres áreas del funcionamiento del yo se componen por:

#### ÁREA DE CONTACTO CON EL MUNDO EXTERNO

##### 1. Prueba de realidad

Es la distinción entre el afuera y el adentro, con la precisión de la percepción e interpretación de los aspectos externos de acuerdo al tiempo y

el espacio, y a su vez claridad en la exactitud y traducción de los aspectos internos.

## 2. Sentido de realidad

Es el grado significativo que la persona otorga a los sucesos reales, dentro de un ambiente familiar, así como el nivel de contacto con sí mismo, esto es su cuerpo, sus pensamientos, sus acciones de cuidado, y de manera como lo interpreta y expresa a quienes lo rodean.

## 3. Juicio de realidad

Indica la comprensión y evaluación de situaciones, anticipando el peligro, la culpa, la censura o la desaprobación. A su vez aceptando las consecuencias de las conductas realizadas.

## 4. Relaciones de objeto

Es la forma de relacionarse con los demás como; el tipo y la cercanía que tiene con las personas que lo rodean, así como el significado que otorga a cada relación, la influencia de las relaciones pasadas en las presentes y si son adaptativas o maduras a través del tiempo. A su vez que tanto se distingue la persona de los demás, el modo de mantener las relaciones por largos periodos de tiempo, la tolerancia ante la ausencia del objeto como la frustración, ansiedad y hostilidad con éste.

## ÁREA DE CONTROL Y MODULACIÓN DE IMPULSOS

## 5. Regulación y control de impulsos y afectos

Es la dirección que toma la expresión del impulso, la capacidad de demora y control para que se expresen de otras formas adaptativas, ya que el control no debe ser excesivo, pero tampoco no existir.

#### 6. Funcionamiento defensivo

Es el grado en que los mecanismos de defensa afectan la conducta y el pensamiento de la persona, ya que ayudan a controlar emociones como la ansiedad, excitación etc., que produzcan problemas con la realidad.

#### 7. Regresión adaptativa al servicio del yo

Es la capacidad del yo para mantener la estructura emocional y racional de la persona ante un recuerdo vivencial del pasado.

### ÁREA DE MANTENIMIENTO DE LA ESTRUCTURA

#### 8. Función sintética – integrativa

Es el nivel de reconciliación entre lo interno y lo externo para integrar actitudes, valores, afectos y conductas, también el grado de actividad para relacionar e integrar los eventos mentales y conductuales, sean contradictorios o no.

#### 9. Funcionamiento autónomo

Es el grado de bienestar de funciones como la vista, el oído, la atención, el lenguaje, la memoria, el aprendizaje y las funciones motoras. Así como las habilidades aprendidas en el trabajo y pasatiempos.

#### 10. Barrera contra estímulos

Es el grado de sensibilidad ante diversos estímulos sensoriales como, el dolor, el calor, el frío etc., esto permite flexibilidad en la persona para adaptarse a diversas situaciones de cambios del medio ambiente y emocionalmente.

#### 11. Dominio y competencia

Es la capacidad de la persona para interactuar con su medio y controlarlo, las expectativas que presenta sobre el éxito, su desempeño real y la idea que tiene de su capacidad.

#### 12. Pensamiento.

Es el ajuste que adecua y mantiene la atención, concentración, anticipación, formación de conceptos, memoria y lenguaje. También es el grado del pensamiento real, ilógico y difuso.

### **5.3 Regulación y control de impulsos**

Los motivos o motivaciones es el estado interno que puede ser el resultado de una necesidad y se caracteriza como algo que activa la conducta para la satisfacción de esta, la energía que surge para calmar las necesidades básicas como el hambre, la sed, el sueño, etc., una sensación de tensión que se va incrementando hasta el momento de cometer el acto, para después experimentar placer y gratificación o simplemente la liberación de tensión acumulada, se denomina impulso. Estos a pesar de su origen

biológico son moldeados de acuerdo a la experiencia de cada persona (Davidoff, L. 1989).

Cuando las personas son capaces de manejar los impulsos y sentimientos de un modo flexible suelen mantener una conducta organizada en situaciones de tensión, y se les facilita la relación con los demás, debido a que logran expresar y tolerar cambios de humor de los demás (González, A. 2004).

La forma de expresión, de tolerancia al grado de malestar de las pulsiones o impulsos, es de acuerdo a la manera de cómo reacciona la persona ante distintos eventos, pues todos poseemos mecanismos para controlar diversas situaciones.

Cuando hay dificultades en la regulación de las pulsiones generalmente se expresa cuando la persona realiza acciones en su conducta de modo habitual, son momentáneas, y sin analizarlas a este evento se le denomina acting out (González, J. J. y Rodríguez, M. 2002).

La ciencia médica llama trastornos en el control de impulsos a la incapacidad para resistir o manejar una provocación que es peligrosa para otros o para uno mismo. No se sabe a bien cuál es su origen, pero sí que suele agravarse el problema por el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias adictivas, algunas características comunes de la falta del control de impulsos en las personas son: ser individualistas, tener malas relaciones familiares y dificultad para tomar decisiones, asimismo, padecen

insatisfacción con lo que hacen, son desconfiados e inseguros emocionalmente, y sus vínculos con la gente son poco satisfactorios; igualmente, se enojan con facilidad, presentan conducta inmadura y no son capaces de cumplir con las reglas establecidas. Tanto en el contexto familiar como el social existe destrucción, ya que la persona tiene problemas constantes con los demás por sus impulsos incontrolados, y tratará de liberar la tensión a través de alguna actividad.

Un problema frecuente por la falta de control de impulsos en los diabéticos es la exigencia irresistible al robo, generalmente no se lleva a cabo por necesidad y el hecho no tiene finalidad definida. Dado que el objeto suele ser comida que se le ha prohibido ingerir por su bienestar.

#### **5.4 Relaciones objétales**

Las relaciones objetales implican emociones, pues la personas relacionadas al sujeto son como el resultado de las gratificaciones y a su vez de las frustraciones que el sujeto recibió en su infancia, debido a que estas son incorporadas en la mente a través del proceso de internalización. La relación e interacción con otras personas esta presente desde que nacemos, pues las relaciones fundamentales madre – hijo, padre – hijo y niño – hermano son los primeros contactos o vínculos familiares que se establecen, y de acuerdo a como se den estas primeras relaciones se

establecerán las futuras relaciones, pues la elección de pareja, amigos, jefes, e incluso enemigos se derivan de los lazos entre padre, madre, hermanos. De esta manera se repite una y otra vez el modo de convivencia social. Esto hace que el ser humano sea social de naturaleza.

En un principio los padres se relacionan poco a poco con sus hijos, pero esto comienza desde el embarazo al ser deseado, de tal manera que los padres se apegan al bebé antes de conocerlo, pero el verdadero apego o vínculo emocional y social ocurre al haber un contacto físico entre el bebé y la madre, en donde aparece la predilección del pequeño por la madre, al escuchar su voz, al sentir sus brazos, etc., después aparece la respuesta del pequeño hacia la madre en el momento de sonreírle, balbucearle, y al haber un mayor contacto visual (Mahler, M. 1977). Todos estos son signos de sensibilidad social y apego, así conforme pasan las semanas estos signos son más claros. A esto el etólogo Lorenz (citado en Davidoff, L. 1989) le denomina impronta que es una respuesta aprendida compleja, y sucede al aparecer una serie de estímulos que ocasionan una reacción entre madre e hijo, este término se utiliza mayormente para las conductas de insectos, peces, mamíferos y aves. Por ejemplo los patitos al principio responden ante estímulos que se encuentren en movimiento, después solo al llamado de la madre. Otro ejemplo son los monos en donde se observa que el contacto corporal es más importante que la alimentación para relacionarse con su madre. De esta manera los padres afectan a sus hijos

tanto de forma directa como indirecta, por ejemplo, cuando el hombre apoya a su pareja, ellas se adaptan bien a su embarazo. Así la participación activa en el proceso del nacimiento predice posteriormente el cuidado en los pequeños de los padres.

Los hombres pueden ser tan afectuosos como las mujeres, es decir, al tener contacto con sus hijos los tienden a tocar, besar, observar, vocalizar, etc. Así cuando los niños crecen, ambos padres retoman una función distinta, la del compañero principal de juego, por ejemplo, cuando juegan los niños, los hombres tienden a ser físicos y a acariciar bastante. Las mujeres utilizan más la comunicación verbal. Los padres a su vez también tienden a ser más controladores y directivos que las mamás en su relación con sus hijos (Davidoff, L. 1989).

Los hombres hacen importantes contribuciones a la formación de las habilidades sociales del niño. Cuando los padres se involucran de manera activa y se muestran sensibles, los niños muestran una mayor capacidad de interacción social, y a la solución de problemas, así como menos miedo a los extraños y a situaciones nuevas, debido a la existencia de un sentimiento de seguridad que la madre comienza a transmitir a través del cuidado, el contacto físico y al cubrir sus necesidades fisiológicas y que el padre va reforzando al relacionarse con su hijo.

Cuando los padres alimentan la relación afectiva, promueven la competencia social e intelectual con sus compañeros o amigos de juego,

que van tomando un papel importante para ellos, ya que los niños aprenden de otro niños la forma de jugar con otros y van perfeccionando sus habilidades sociales que le servirán a futuro. También los hermanos mayores funcionan como modelos para los pequeños.

La interacción con los compañeros también les enseñan las acciones comunitarias, es decir, a través del lenguaje el niño comienza a reflexionar las causas de las cosas para originar respuesta (Sullivan, H. 1953 citado en Hall, C., Lindzzey, G. 1975). Es decir a través de ellos aprenden la sensibilidad de las necesidades de otros y a su vez evalúan las fortalezas y debilidades de sus compañeros. Los primeros intercambios sociales son con los objetos, es decir con los juguetes, porque a demás de que se distraen están juntos y están más interesados en sus juguetes que en los demás, por ejemplo, los niños que aún no caminan sin ayuda, pueden gatear y sostener un carrito de juguete a la vez.

De esta manera el juego es para el niño lo que el trabajo es para el adulto, al jugar el niño aprende y ensaya sus actividades que ve realizar en los adultos, de esta manera el pequeño desarrolla su intelecto, sus destrezas físicas y su vida emocional originando que sea sociable (Oñate, R. 2004).

En cada familia se dictan una serie de normas de vida y convivencia que se pueden quebrantar dependiendo de la idea que los padres tengan sobre el modo de educar a sus hijos. Todos aprendemos con el tiempo y a base de probar, cuales son las normas que se pueden desobedecer y cuales no, a

pesar de que pueda parecer que los niños lo hacen para fastidiar, pero realmente están construyendo su propia moral. Por ello se dan en mayor medida las discusiones entre el hijo y la madre, que suelen estar relacionadas precisamente con las conductas destructoras del hogar y de la rutina familiar, pues a medida que crecen los problemas también varían. De esta manera se explica como un niño puede tener diferentes comportamientos en diferentes entornos, porque, lo que en casa no se puede hacer, el abuelo si lo permite, de manera que parece que el comportamiento del niño es distinto.

El interés social es más que una preocupación por la comunidad o sociedad inmediata, incluye sentimientos de parentesco con toda la humanidad y con la vida. Un aspecto importante es el desarrollo de la conducta cooperativa, de tiempo atrás esté aspecto ha sido notorio en la recolección de los alimentos, en la caza y en la defensa contra los depredadores que son factores importantes para la supervivencia de la raza humana y su adaptación (Adler, A. 1964 citado en Fadiman, J. y Frager, R. 1979).

### **5.5 Funciones yoicas en el diabético**

Los médicos buscan hacer conciencia de enfermedad, para que el paciente diabético valore la importancia de conservar su integridad y prevenir las complicaciones de la enfermedad, esto es juicio de realidad, que indica la comprensión y evaluación de su situación, anticipando que se descuide,

que tenga sentimientos de culpa, de censura o desaprobación. Para que logre asimilar la presencia de la enfermedad. Sin embargo en diversas ocasiones se niegan a aceptar la enfermedad (Vázquez F. 2002). Esto es que el descuido se puede presentar en diversas conductas como retrasar el diagnóstico, al no acudir a confirmarlo con el médico, a pesar de haber tenido una mediación elevada de azúcar, No asistir a las citas médicas o a realizarse los exámenes de laboratorio, vivir como si no padeciera la enfermedad, creer que la ausencia de molestias significa que la enfermedad esta bien controlada, suponer que el tratamiento es incapaz de modificar la diversas reacciones de la enfermedad (Vázquez F. 2002).

Las personas que padecen esta enfermedad procuran la cercanía con las personas que lo rodean, así como un significado con cada relación, generalmente es una necesidad de dependencia para que otras personas los cuiden (Lawrence, K. 1984). La influencia de las relaciones pasadas en las presentes y si son adaptativas o maduras a través del tiempo, es decir, para el diabético es importante que estén al pendiente de su medicamento así como de su alimentación, como cuando la mamá cuida de su bebé al cubrir sus satisfacciones y calmar sus ansiedades, pero cuando no logran cubrir esta necesidad de afecto, viven un sentimiento de rechazo (Mackinnon, A. 1981). Así cuando el diabético siente que se preocupan por él y que lo aceptan su nivel de azúcar se acerca a la normalidad (Caméron, N. 2001).

Para los diabéticos el sentimiento afectivo tiene un grado significativo, ya que el sentimiento que otorga a las personas es muy importante, por ello, sus emociones se expresan de manera fisiológica como en la primera infancia, lo que conduce a repetir la expresión fisiológica en lugar del afecto (MacDougall J. 1995), así sus acciones de cuidado, se reflejan en físicamente cuando sube o baja la glucosa del diabético.

También es importante la regulación y control de su nivel dietético, ya que la privación de ciertos alimentos, en gran parte tiene que ver con el significado que la madre dio en su infancia a la comida, por ejemplo cuando la madre expresa su amor por medio del alimento, para un diabético es muy difícil aceptar la privación de alimentos que le pueden causar daño y le puede ser difícil llevar a cabo una dieta para controlar su enfermedad y puede sentir que lo quieren provocando en el diabético alimentos que alteran su nivel de azúcar o le hacen daño (Cameron, N. 2001). En diversas ocasiones la capacidad de demora y control de sus impulsos, es necesario para que se expresen otras formas adaptativas de alimentación, así como de expresión afectiva, ya que el control no debe ser excesivo, pero tampoco no existir.

En las personas que padecen diabetes su grado de bienestar en funciones como la vista, el oído, la atención, el lenguaje, la memoria, aprendizaje y funciones motoras, son aspectos que deben aprender a cuidar para que esta enfermedad no deteriore estas funciones, pues para ello en un principio es difícil aprender a vivir con este padecimiento y en diversas ocasiones si

se llega a perder o perjudicar estas funciones debido a que si no se controla el nivel de azúcar se llegan a afectar otras regiones.

Es importante para el diabético tener un recuerdo vivencial del pasado para que logre llevar a cabo un tratamiento constante, pues existen personas diabéticas que si logran tener un apego constante en su tratamiento, mediante su regular control de azúcar su citas con el medico, una buena alimentación.

## 6. Estudios previos de personas diabéticas relacionadas con sus afectos

---

(Murguía, C. 2001), realiza una investigación a nivel teórico titulada “La adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 bajo la óptica del modelo transteórico”, que tuvo como fin conseguir el cambio motivacional este mide la supresión permanente de hábitos patógenos, mediante el modelo transteórico en donde se espera un cambio de conductas problema, y permitiera una aproximación que marcara un hito en el apoyo al mejoramiento de la adherencia terapéutica en general y en particular en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, llegó a la conclusión que la Diabetes Mellitus es un problema de salud pública, que se observa en una gran cantidad de personas afectadas por esta enfermedad y las complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus se originan en que no se cumplen los objetivos del tratamiento cabalmente, debido en muchos casos, a la deficiente adherencia a las intervenciones, donde hay una serie de factores psicosociales y extrapsicosociales responsables. El modelo transteórico establece una secuencia de estadios emocionales por los que atraviesa una persona en dicho proceso. A su vez la revista *American Dietetic Association. Journal of the American Dietetic Association*; en su artículo “The effects of physical and emotional status on adherence to a low-fat dietary pattern in the women's health initiative” publica que en el

programa "intervención dietética en mujeres" se reduce el efecto negativo de salud mental.

El objetivo de este artículo es examinar si los efectos de estado físico y emocional en el adherencia de un modelo dietético bajo en grasa, se media por intervenciones terapéuticas (asistiendo a las sesiones y supervisando).

Demostrando así que las personas que demuestran una buena adhesión a las intervenciones dietéticas presentan un mejor desarrollo personal, tanto físico como emocional, ya que estos son probables factores predictores para una comida saludable. Así los factores emocionales y farmacológicos pueden afectar al dietético ya que se encuentran relacionados con la salud.

Por otro lado (Araujo, C. 1966), en su investigación "Problemas emocionales de pacientes diabéticos juveniles", busca conocer cada día más el mundo de los niños y comprenderlos, en particular a aquellos que están afectivamente apartados de sus padres, mediante aspectos psicológicos en la diabetes juvenil. Su investigación la realizó con 20 pacientes de la consulta de endocrinología del Hospital Infantil de México, tomados al azar, y se incluyeron a 10 diabéticos, de estos, 7 fueron del sexo masculino y 3 del sexo femenino con edades que fluctuaban entre los 4 años 6 meses a los 14 años 8 meses. Los casos fueron estudiados por un psiquiatra quien realizó la historia clínica mediante la entrevista a padres y pacientes y una psicóloga quien estudió exclusivamente a los enfermos por medio de pruebas psicológicas y una entrevista privada.

Algunas de las conclusiones mencionadas fueron:

1. En varios de los casos fue evidente la presencia de pensamiento y sentimientos relacionados con la muerte; pensamientos y sentimientos que no es frecuente observar en otros enfermos

2. En prácticamente todos los casos se pudo observar que los niños utilizan su propia enfermedad como instrumento de auto – agresión y auto – castigo, cuando por cualquier motivo existían en ellos sentimientos de culpa. Desde este punto de vista puede decirse que la diabetes se constituye en un arma adecuada para la realización de actitudes autodestructivas.

3. En otro nivel el padecimiento es utilizado por los niños enfermos como un medio de agresividad hacia el medio familiar y más particularmente en relación a sus padres.

4. Finalmente se concluyó que los factores emocionales juegan un papel básico en el curso de la enfermedad y en el curso del paciente diabético, ya que de no tomarse en cuenta estos factores la evolución de la enfermedad y su tratamiento serían sumamente difíciles y tormentosos. De igual manera (Hinojosa, P. 1995), en su investigación “Factores psicológicos en un grupo de niños asmáticos y no asmáticos, evaluados con CAT – H y CAT – S”, busca conocer la importancia de los factores psicológicos en los mecanismos del asma, tanto en el desencadenamiento de las crisis, como las características de la personalidad del niño, admite precisar las relaciones que existen entre ciertas constelaciones psicodinámicas y el

padecimiento, en las cuales se ha pensado que condiciones psicológicas engendran en las relaciones interpersonales, que juegan un papel codeterminante de importancia, afectando tanto la vida del niño como la de los familiares, que tratan de ser una apoyo.

El principal propósito fue encontrar si existen diferencias significativas con respecto a los diferentes factores psicológicos.

Esta investigación concluyó que existe relación estadísticamente significativa en la variable dependencia con las figuras parentales, mostrándose, así que el asmático es un niño con falta de seguridad en sí mismo, con tendencia a buscar la ayuda en los demás.

Sin embargo la Doctora (González, A. 1995), en su investigación "Valores, afectos y límites en menores infractores", en uno de sus propósitos busca ver el perfil afectivo que presentan estos jóvenes, para ello trata de describir y demostrar como el menor tergiversa sus valores, afectos y límites. Con una población de menores infractores y un grupo control.

Concluyendo que los afectos van relacionados a la etapa en que se encuentre la persona y a la situación por la que está atravesando.

Asimismo (García, Ma. y Mendoza, A. 1989) en su investigación "comunicación verbal en psicoterapia familiar" buscan la importancia de la comunicación no verbal en el proceso y tratamiento psicoterapéutico, analizando si los cambios dinámicos (afecto, vínculos y resistencias) conllevan a cambios de comunicación no verbal. Se llevó a cabo con una

familia que se sometió a tratamiento psicoterapéutico asignada por el departamento de psiquiatría del hospital de México "Federico Gómez", entre los objetivos estaban: aumentar la expresión tanto en afectos de bienestar como de malestar; promover el proceso de identificación del subsistema padre – hijo; aumentar la capacidad de comunicación clara y directa tanto verbal como no verbal, incrementar tanto el contacto visual como el contacto físico, formación de nuevos vínculos funcionales. Concluyen que al abordar los cambios de la comunicación no verbal de los vínculos, afectos y las resistencias en el proceso psicoterapéutico, no se puede decir qué cambio fue en algún aspecto o en otro, ya que están interrelacionados que permiten los avances y es si hay mayor expresión de los afectos, hay mayor vinculación. Por lo tanto los factores físicos y emocionales reducen los efectos negativos de salud mental en la adhesión y que a su vez puede mejorarse por la participación del programa.

A su vez las licenciadas (Gallegos, E., Cárdenas, V. y Salas, Ma. 1999) en su investigación "Capacidades de autocuidado del adulto con diabetes tipo 2" buscan definir las capacidades de autocuidado en personas con diabetes tipo 2 a partir de lo que ello entienden o expresan sobre el cuidado de su enfermedad. El estudio se realizó a 6 hombres y dos mujeres, con edad promedio de 53, 6 años y provenientes de 3 estratos socioeconómicos diferentes. El método utilizado fue a través de la entrevista de preguntas abiertas sobre el cuidado de la diabetes; la información de analizó con la

técnica de análisis de contenido. Los resultados que se encontraron muestran que las reacciones de autocuidado se relacionan con la condición del diabético, con el tratamiento y sus efectos, así como con sus cambios de hábitos y actitudes.

De igual manera la Lic. (Díaz, L., Galán, S. y Fernández, G. 1993) en su investigación "Grupo de Autocuidado de diabetes mellitus tipo II" que tiene como fin comprobar si existe relación entre el peso y la presión arterial con los niveles de glucosa. Este estudio se realizó en el poblado de San Antonio Tecomitl, de la Del. Milpa Alta, con seis pacientes de sexo femenino entre 63 a 6 años de edad, con diabetes tipo 2, y en diversas etapas de evolución de la enfermedad., en tratamiento médico. Este grupo se reunía una vez por semana, durante dos horas en sesiones donde se les proporcionaba información del proceso de la enfermedad, entrenamiento de autocontrol y relajación profunda. En cada sesión se evaluó la glucosa, el peso y la presión arterial. Se obtiene como resultados que no existe relación entre el peso y la presión arterial con la glucosa, pero si hay una alteración de los niveles de esta después de cada sesión o intervención.

## **II METODOLOGIA**

## II METODOLOGIA

---

### 1. Planteamiento del problema

¿Existen diferencias en el perfil de afectos de personas diabéticas y no diabéticas?, y por lo tanto, el perfil de personas diabéticas, ¿es un perfil de afectos desfavorable que afecta su autocuidado?

### 2. Objetivos generales de esta investigación:

1. Identificar el perfil de afectos en el diabético.
2. Conocer el autocuidado en relación a su enfermedad en el diabético

### 3. Hipótesis

**3.1 Hipótesis conceptual:** El diabético tiene un perfil de afectos en el cual predominan los afectos que decrementan al yo y los afectos que dependen de las personas significativas para éstos, por lo que esto interfiere en su autocuidado.

### 3.2 Hipótesis de trabajo:

1. Ho.- No existe relación estadísticamente significativa entre los afectos que mantienen al yo en personas diabéticas y no diabéticas.
2. Ho.- No existe relación estadísticamente significativa entre los afectos que incrementan al yo en personas diabéticas y no diabéticas.

3. Ho.- No existe relación estadísticamente significativa entre los afectos que decrementan al yo en personas diabéticas y no diabéticas.

4. Ho.- No existe relación estadísticamente significativa entre los afectos relacionados con las personas que son significativas para el diabético y los afectos relacionados con las personas significativas para el no diabético.

5. Ho.-No existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado de los pacientes diabéticos y los no diabéticos.

#### **4. Identificación de Variables**

Variable Independiente : Diabetes Mellitus

Variable Dependientes : a) Afectos

b) Autocuidado

#### **5. Definición de Variables**

##### **5.1 Definición conceptual de variables**

**Diabetes Mellitus:** Se caracteriza por una alteración del metabolismo de los glucosa, es decir, un exceso de azúcar en la sangre y se manifiesta por una abundante eliminación de orina, en personas mayores a los 30 años. (Vázquez 2002)

**Afecto :** Abarca todos aquellos estados de ánimo y todas las reacciones que tienen origen en la Pulsión, ya sea libidinal o agresiva, incluidos las emociones, los sentimientos y las pasiones, es decir, son procesos

conscientes, preconscientes, e inconscientes que se perciben en el yo, que se encuentran aunados a la vida del hombre, con un concomitante fisiológico (González Nuñez1990)

**Autocuidado:** Es un conjunto de actividades o conductas que realiza un individuo para cuidar de su salud y bienestar tanto físico como emocional (Vázquez 2002).

## 5.2 Definición Operacional de Variables

**Diabetes Mellitus:** Se considerará que las personas padecen diabetes mellitus cuando en estado de ayuno presenten cifras superiores a los 126 mg/dl de glucosa en sangre.

**Afectos :** Abarca diversos estados de ánimo que pueden afectar al yo, de acuerdo al cuestionario de afectos (González Padilla 1990), que se divide en cuatro áreas específicas, afectos que decrementan al yo, afectos que conservan al yo, afectos relacionados con sus objetos y afectos que incrementan al yo.

**Autocuidado :** Son aquellos actos que realiza una persona diabética para cuidar de su salud y que se observa por su constancia y firmeza de seguir su dieta y su tratamiento médico.

## **6. Muestra**

Para este estudio se investigo a una muestra no probabilística intencional de 60 hombres y mujeres entre 35 y 65 años, de los cuales 30 sujetos padece diabetes y 30 sujetos que no padecen diabetes.

Muestra inclusiva: Se seleccionaron a todos aquellos sujetos que se encuentren dentro del muestreo sin distinguir sexo.

## **7. Diseño de investigación**

Es un diseño de dos muestras que consta de dos grupos, un grupo de estudio de 30 personas diabéticas y un grupo control de 30 personas no diabéticas.

## **8. Tipo de estudio**

Es un estudio ex postfacto de tipo descriptivo.

## **9. Escenario**

Para esta investigación se utilizaron 2 escenarios:

1. En un consultorio de medicina familiar, y de educación en diabetes, donde asisten las personas a una consulta o valoración médica, entre ellos los diabéticos.
2. En urgencias del Hospital Juárez de México con pacientes que asisten a la toma de muestra de la prueba de azúcar, no necesariamente diabéticos.

Es importante mencionar que los sujetos del grupo de estudio son del consultorio de medicina familiar, pues los pacientes diabéticos citados del hospital Juárez fueron muy inconstantes en las horas de sus citas, por ello fue imposible aplicar el instrumento.

Así el grupo de estudio son pacientes del médico especializado en educación de diabetes, el cual presentaba una fuerte exigencia y firmeza de cumplir con las indicaciones del tratamiento y su dieta, pues para cada paciente dedica en promedio hora y media, para establecer una buena relación con el fin de realizar una detallada revisión física, y de aspectos emocionales, pues preguntaba que pasaba cuando no había avances y si lo ameritaban les explicaba las consecuencias fatales del descuido.

## **10. Instrumentos**

### **10.1 Cuestionario de afectos**

Cuestionario de afectos elaborado por la Dra. González Padilla (1995) para su trabajo "Valores, Afectos y Límites en Menores Infractores", consta de 96 preguntas, basado en el método de rango sumariado de likert con 5 alternativas y 4 áreas de afectos. La validez y la confiabilidad fue realizada con una muestra de 916 sujetos de ambos sexos y de tres estratos socioeconómicos, para conocer el comportamiento final de los reactivos y la validez del instrumento se obtuvo la correlación entre cada ítem y el total del área a la cual pertenecía, mediante la fórmula regular producto – momento,

en donde todas las correlaciones ítem – total son significativas ( $p < 0.01$ ). La validación del instrumento se realizó mediante un análisis factorial con notación varimax para 4 factores a partir de la matriz de intercorrelaciones de los reactivos. Mide 4 áreas, afectos que conservan al yo, afectos que incrementan, afectos que decrementan al yo y afectos relacionados con sus objetos. La confiabilidad de cada área fue obtenida mediante el Alpha de Cronbach, el cual fue superior a 0.75 en todos los casos (Ver anexo 1).

## **10.2 Cuestionario de autocuidado.**

Este cuestionario fue elaborado por la autora de esta investigación con el fin de conocer las características de cuidado que presentan las personas con y sin diabetes, el cuestionario consta de datos personales y 10 preguntas en las que se intenta observar si el paciente lleva su dieta y su tratamiento, (Ver anexo 2) al aplicarlo se realiza una entrevista semiestructurada y se califica mediante un análisis de frecuencias cualitativo.

## **11. Procedimiento**

Para esta investigación se utilizaron sujetos diabéticos y no diabéticos, con las características que se describen anteriormente descritos.

Se requirió del apoyo de dos instituciones:

- a) En un consultorio de medicina familiar y de educación en diabetes, en donde hubo una persona encargada de aplicar el cuestionario de afectos y un cuestionario para observar el autocuidado en los diabéticos.
- b) El Hospital Juárez de México, en donde, primeramente se les tomo una muestra de sangre, después se les peso, mide y se les tomo la presión, posteriormente pasaron a una entrevista con el medico a cargo, que a su vez remito al paciente con el psicólogo para realizar una pequeña entrevista de inducción para la investigación, ya que, primeramente se buscó establecer la empatía, para que el proceso sea fuera agradable y haya una mejor cooperación, después se explico en que consistía el cuestionario de afectos y la finalidad de su aplicación, y por ultimo se les pidió que contestarán otro cuestionario de autocuidado.

Una vez realizada la investigación teórica y determinada la muestra se aplicó el instrumento en cada uno de los lugares mencionados y a las personas señaladas, para proceder a comprobar los objetivos generales.

## 12. Análisis Estadístico

Al obtener todos los cuestionarios de autocuidado y afectos resueltos se realizó un análisis de frecuencias cualitativo y un análisis de diferencias por factores para comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de cada factor entre los diabéticos y no diabéticos, mediante una prueba no paramétrica de Mann – Whitney – Wilcoxon para datos ordinales. Las puntuaciones de cada factor se promediaron por cada grupo, es decir diabéticos y no diabéticos, para el factor de afectos que decrementan al yo se llevó a cabo una remodificación de valores, debido a que para los demás factores (que incrementan al yo, conservan al yo, y relacionados con sus objetos) la puntuación extrema es de 5 que indica un mejor manejo afectivo por parte del yo y una puntuación extrema de 1 indica menor manejo afectivo, en cambio para el factor de afectos que decrementan al yo es al revés, 1 indica mejor manejo afectivo y el 5 menor manejo afectivo, de esta manera una vez realizada la remodificación de valores se llevó a cabo un promedio de puntuación de cada persona y se agruparon de acuerdo al criterio de diabéticos y no diabéticos.

También se llevaron a cabo pruebas estadísticas no paramétricas de ambos grupos para cada reactivo de la prueba (desagrupación de reactivos en los factores), esta prueba de comparación se basó en la metodología de Mann-Whitney-Wilcoxon.

# **III RESULTADOS**

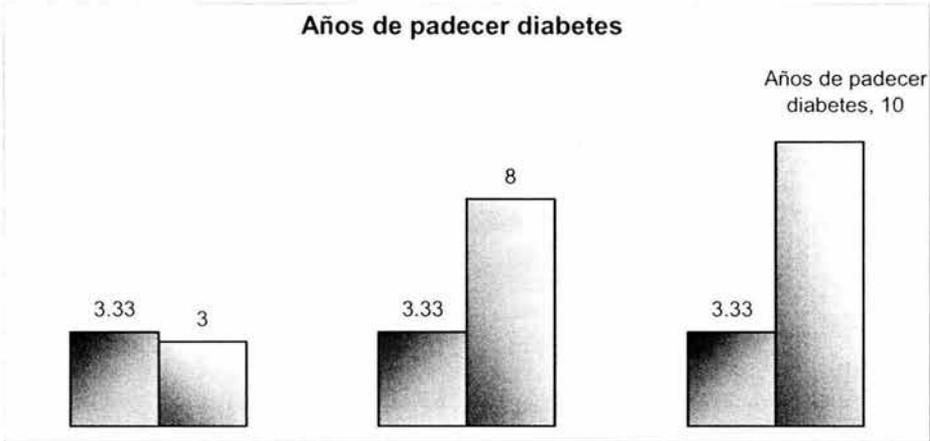
### III RESULTADOS

---

En los resultados del Cuestionario de Autocuidado se realizó un análisis de frecuencias para ambos grupos tanto el de diabéticos y no diabéticos, para observar el seguimiento y autocuidado en el tratamiento de su enfermedad, sin embargo quienes contestaron el cuestionario fueron las personas del grupo de diabéticos (Ver anexo 1). Esto debido a que el grupo de no diabéticos no considero estar enfermos a pesar de que se observo que unos tenían gripa u otros malestares.

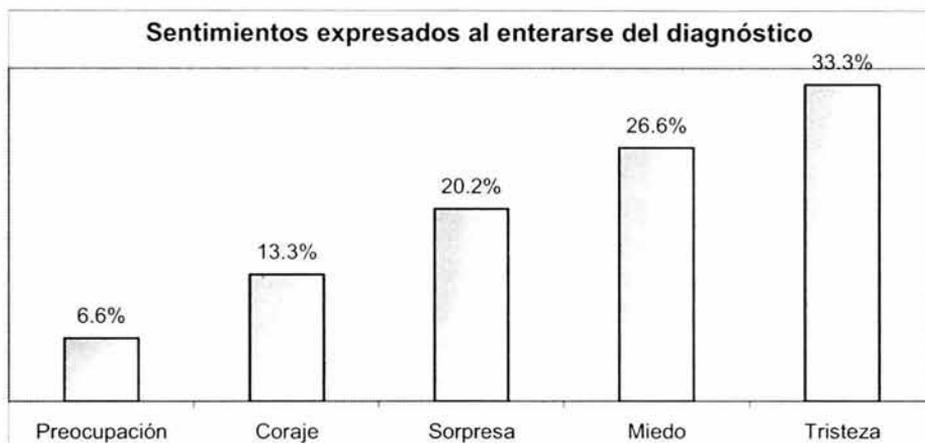
En cuanto a la primera pregunta ¿padece alguna enfermedad? se muestra que la diabetes es una enfermedad que requiere de cuidados y tratamiento, pues las 30 personas del grupo de diabéticos que equivale al 100% del grupo de estudio, aceptó padecer esta enfermedad, mientras que el grupo control no mostró alguna respuesta indicadora de enfermedad, debido a que no se consideraron enfermos a pesar de que se observó que alguno padecían gripa o enfermedades como artritis y / o de presión arterial.

En la pregunta No. 2, De acuerdo al tiempo que llevan de con la enfermedad, 10 personas que corresponde a un 33.3% padecen diabetes desde hace 3, otras 10 personas equivalente al 33.3% desde hace 8 años y 10 personas que corresponde a un 33.3% desde hace 10 años. **Tabla No.1**



**Tabla No. 1**

Para la pregunta No. 3, ¿Cómo se sintió cuando le diagnosticaron? representada en la **tabla No. 2**, 10 personas de este grupo de estudio que representa el 33.3% del grupo de diabéticos expresaron sentir tristeza al enterarse de su enfermedad, 8 personas que representa el 26.6% de la muestra expresaron sentir miedo al enterarse de la enfermedad, 6 personas que son equivalentes a un 20.2% expresaron sentir sorpresa, 4 personas correspondientes a un 13.3% sintieron coraje, y 2 personas que equivalen a un 6.6% de la población expresaron sentir preocupación.



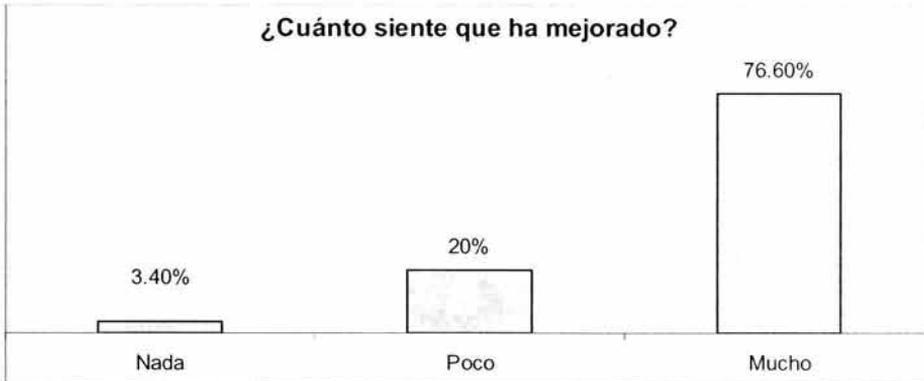
**Tabla No. 2**

Para la pregunta No. 4 ¿Cómo se ha sentido durante su evolución?, las 30 personas equivalentes al 100% del grupo de estudio comentaron sentirse más controlados en el nivel de azúcar esto es probablemente a las exigencias que el médico establece para seguir el tratamiento, ya sea con los medicamentos y su control de dieta.

Así para la pregunta No. 5, ¿Cuáles son las molestias físicas que presenta su enfermedad?, se registra que se presentan los síntomas que son indicadores de la enfermedad por igual en el 100% de ésta sin que alguno se presente con mayor intensidad o frecuencia en las personas diabéticas.

En la **tabla No. 3** se muestran los resultados de la pregunta No. 6, ¿Siente que ha mejorado?, 23 personas que corresponden a un 76.6% del grupo de diabéticos menciona que ha mejorado mucho en su tratamiento, mientras

que 6 personas que equivalen a un 20% expresan haber mejorado poco en su enfermedad, y 1 persona que corresponde 3.4% expresa no mejorar nada, en su enfermedad.



**Tabla No. 3**

Tanto en las preguntas 7 ¿Siente que lo que le han recetado es adecuado? y 8 ¿Suele controlar su enfermedad?, este grupo muestra que el 100% respondió ser atendido adecuadamente y que procuran controlar su enfermedad para evitar sentirse mal, esto indica que si existe adherencia terapéutica y el autocuidado del tratamiento. (Ver anexo 1)

En la pregunta No. 9 ¿Qué le da trabajo de cumplir con sus medicamentos?, representada en la **tabla No.4** 12 personas que corresponden a un 40% mencionan que uno de los aspectos que se les dificulta para cumplir con sus medicamentos son los horarios o las horas en que les toca cada medicamento para ingerirlos, 10 personas equivalentes a un 33.3%

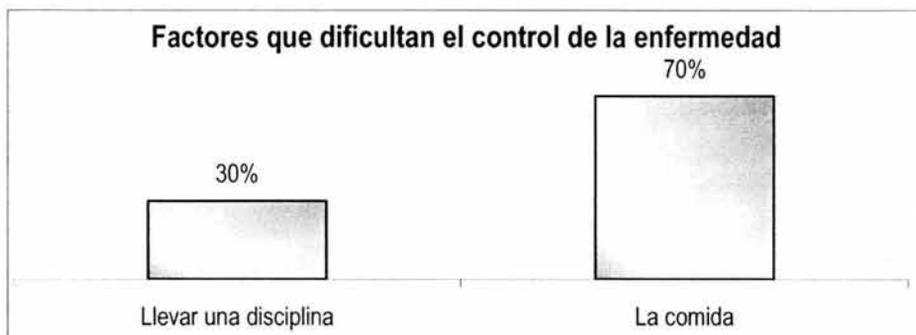
argumenta que aun no les cuesta trabajo cumplir con sus medicamentos, y por último 8 personas que corresponden a un 26.7% grupo de diabéticos indican que se les dificulta comprar los medicamentos.



**Tabla No. 4**

En el reactivo No. 10 ¿Qué es lo da trabajo para mantener estable su enfermedad?, 21 personas que corresponden un 70% del grupo de estudio mencionan que la comida es un factor de dificultad para mantener controlada su enfermedad, y 9 personas que corresponden a un 30% indican que llevar una vida disciplinada es difícil para llevar un control constante, tanto médico como dietético, datos que se muestran en la **tabla**

**No. 5**



**Tabla No. 5**

De acuerdo con la **tabla No. 6** de la pregunta No. 11 ¿Si alguien estuviera al pendiente de su medicamento y cuidado cumpliría mejor su tratamiento?, 26 personas equivalente a 86.6% del grupo de estudio mencionan que si alguien esta al pendiente de su medicina y cuidado cumplirían mejor su tratamiento, mientras 4 personas que corresponde a un 13.4% comentan que no es necesario.



**Tabla No. 6**

Por último en la pregunta No. 12 ¿Por qué cree que en determinados momentos deja su tratamiento?, 10 personas que corresponde un 33.3% mencionan que ciertos momentos deja su tratamiento por la falta de

recursos económicos, 10 personas que corresponde a un 33.3% indican olvidos de tomar sus medicamentos y 10 personas que corresponden a un 33.3% señalan no dejarlo aún, representado en la **tabla No 7**.



**Tabla No. 7**

Por lo tanto este cuestionario demuestra que este grupo de personas diabéticas han logrado mantener un mejor y control de su enfermedad en conjunto con su médico tratante.

### **Resultados del cuestionario de afectos**

En cuanto al cuestionario de afectos llevó una prueba no paramétrica de Mann-Whitney-Wilcoxon para datos ordinales, para comprobar si las diferencias de los rangos entre los dos grupos son significativas, a continuación se presentan los resultados en la Tabla 8.

**Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Factor de afectos que decrementan al yo (valores invertidos)	Factor de afectos que conservan al yo	Factor de afectos relacionados con sus objetos	Factor de afectos que incrementan al yo
U de Mann-Whitney	386.500	428.000	430.500	400.000
W de Wilcoxon	851.500	893.000	895.500	865.000
Z	-.939	-.325	-.289	-.743
Sig. asintót. (bilateral)	.348	.745	.773	.458

a. Variable de agrupación: ¿Padece diabetes?

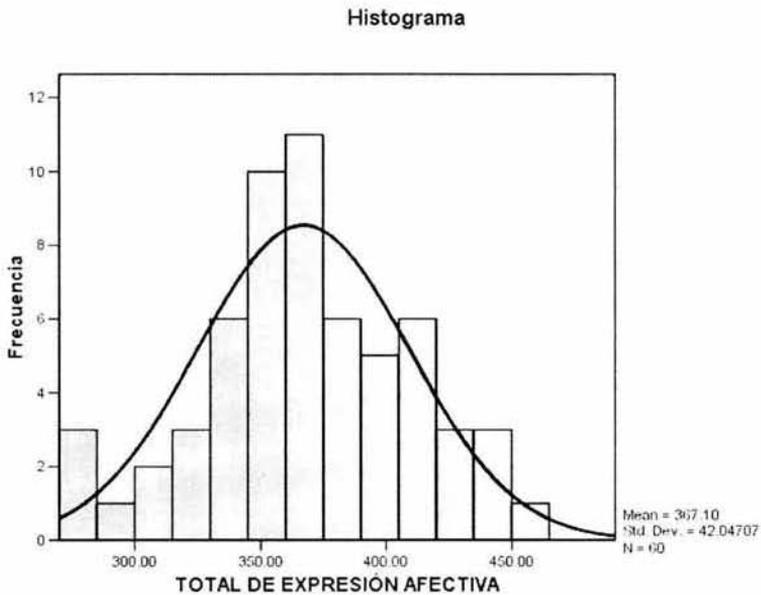
**Tabla 8. Prueba de Mann-Whitney-Wilcoxon para comprobar diferencias estadísticamente significativas.**

De acuerdo con esta tabla, no existen diferencias significativas entre el grupo de diabéticos y no diabéticos para ningún factor afectivo del instrumento, ya que en todos los casos la significancia asintótica sobrepasa el valor de .05 (.348 para el factor de afectos que decrementan al yo; .745 para el factor de afectos que conservan al yo; .773 para el factor de afectos relacionados con sus objetos y .458 para el factor de afectos que incrementan al yo).

Para averiguar si existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de la muestra y el valor total de expresión afectiva se llevó a cabo una sumatoria del total de reactivos por sujeto (tomando en cuenta los valores invertidos del factor de afectos que decrementan al yo) y se promediaron de acuerdo a los grupos de pertenencia (diabéticos y no diabéticos). Debido a la naturaleza normal de la distribución (Figura 1.) y a

la naturaleza escalar del valor total, se utilizó una prueba T para grupos independientes.

A continuación se presenta la Figura 1. que justifica la utilización de una prueba paramétrica para establecer si existen diferencias estadísticamente significativas.



**Figura 1. Distribución de frecuencias del total de expresión afectiva en la muestra De 60 sujetos. (Se asume una distribución normal).**

Las puntuaciones promedio de cada grupo (diabéticos y no diabéticos) en el total de expresión afectiva.

**Estadísticos de grupo**

¿Padece diabetes?	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
TOTAL DE EXPRESIÓN si	30	367.4333	37.42365	6.83259
AFECTIVA no	30	366.7667	46.86274	8.55593

**Tabla 9. Puntuaciones promedio de cada grupo en el total de expresión afectiva.**

A simple vista no existen diferencias en las medias de ambos grupos, para comprobar el grado de significancia se realizó una prueba T de comparación de medias para dos grupos independientes. A continuación se presenta la **Tabla 10** de la prueba muestras independientes.

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Diferencia de medias
TOTAL DE EXPRESIÓN AFECTIVA	Se han asumido varianzas iguales	1.678	.200	.061	58	.66667
	No se han asumido varianzas iguales			.061	55.294	.66667

**Tabla 10. Prueba T de muestras independientes para comprobar diferencias entre ambos grupos independientes de la muestra.**

De acuerdo con los resultados arrojados por la prueba F de Levene para comprobar la igualdad de varianzas:  $F=1.678$  y a su valor de significancia  $p=.20$  se han asumido varianzas iguales  $-p=0.20 >.05-$  de esta forma el valor de T es de .061 y 58 *gl* (grados de libertad), de acuerdo con estos criterios, la significancia bilateral es  $p=.952$ , este valor resulta ser muy alto en comparación con el valor de  $p=0.05$  para decidir diferencias significativas

con un valor de exactitud del 95%. Por lo que se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los diabéticos y los no diabéticos para el valor total de expresión afectiva. La probabilidad de error al asumir diferencias significativas sería de 95.2%, un valor muy alto, y la probabilidad de que existieran diferencias debidas a la influencia de los reactivos sobre las respuestas combinada con el factor de diabetes sería del 4.8%. Por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de la muestra para el total de expresión afectiva.

Debido a la falta de significancia en las diferencias entre grupos comparados por factores afectivos (reactivos agrupados), se llevaron a cabo pruebas estadísticas no paramétricas de ambos grupos para cada reactivo de la prueba (desagrupación de reactivos en los factores), así debido a la naturaleza ordinal de las variables dependientes (reactivos) la prueba de comparación se basó en la metodología de Mann-Whitney-Wilcoxon.

En el Anexo 3 se presentan los resultados de las pruebas de Mann-Whitney-Wilcoxon para comprobar si son significativas las diferencias en los rangos promedio de las puntuaciones por reactivos dadas por las personas diabéticas y no diabéticas.

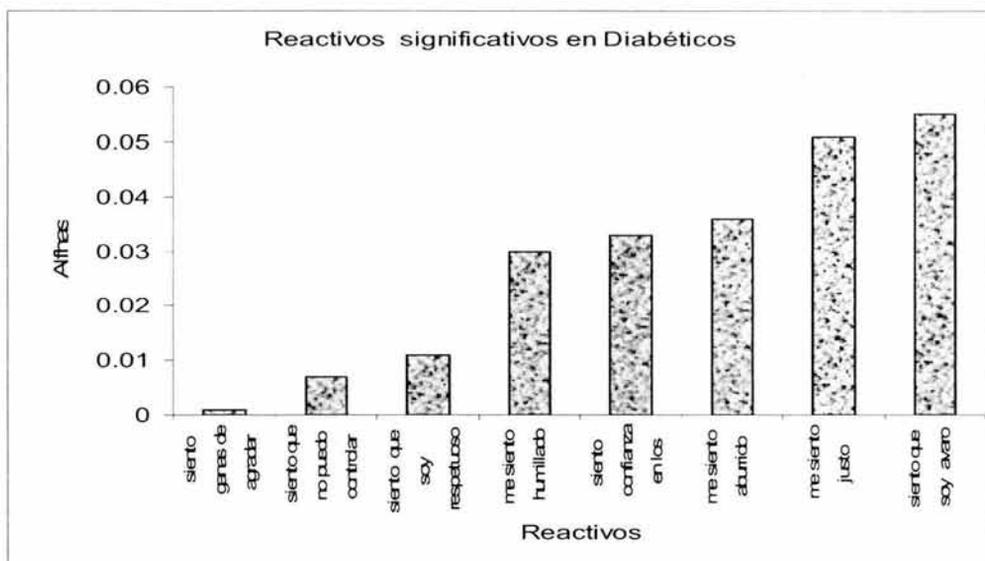
De acuerdo con los resultados presentados de la prueba Mann-Whitney-Wilcoxon (Ver anexo 3), existen diferencias significativas entre los dos grupos en los siguientes reactivos:

## REACTIVOS SIGNIFICATIVOS EN PERSONAS CON DIABETES

REACTIVO	NIVEL DE SIGNIFICANCIA ASINTONICA
66. Siento ganas de agradar	.001
47. Siento que no puedo controlar mis impulsos sexuales.	.007
35. Siento que soy respetuoso	.011
95. Me siento humillado	.030
10. Siento confianza en los demás	.033
76. Me siento aburrido	.036
89. Me siento justo	.051*
75. Siento que soy avaro	.055*

**Tabla 11. Reactivos con diferencias estadísticamente significativas con probabilidad de error menor al 5% en el grupo de diabéticos.**

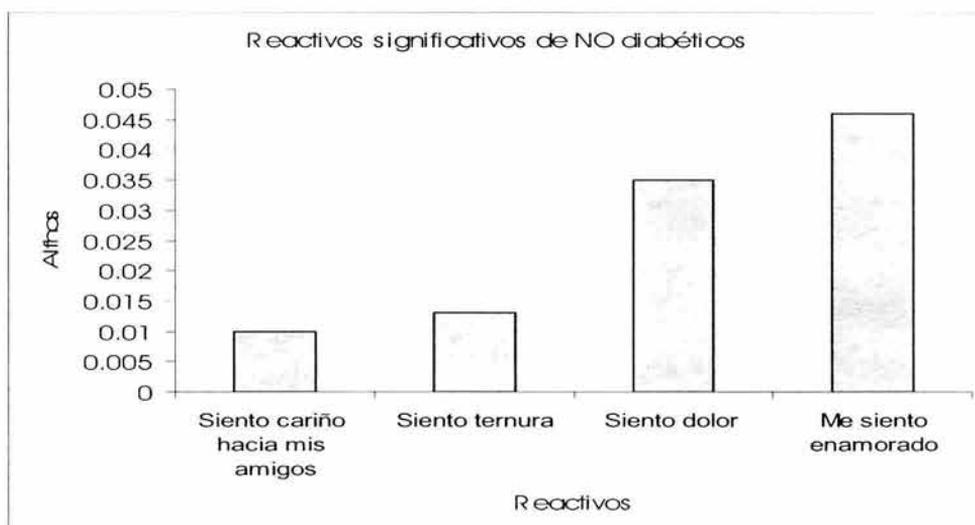
\* Diferencias significativas con nivel de error mayor al 5% pero menor al 6% (poco más del 94% de exactitud pero menor al 95%).



## REACTIVOS SIGNIFICATIVOS EN PERSONAS NO DIABETICAS

REACTIVO	NIVEL DE SIGNIFICANCIA ASINTONICA
37. Siento cariño hacia mis amigos	.010
83. Siento ternura	.013
88. Siento dolor	.035
70. Me siento enamorado	.046

**Tabla 12. Reactivos con diferencias estadísticamente significativas con probabilidad de error menor al 5% en el grupo de no diabéticos.**



De acuerdo con la tabla 11 existen diferencias significativas entre los diabéticos y no diabéticos en 12 reactivos de los 96 del instrumento.

El análisis estadístico aplicado al reactivo No. 66 *Siento ganas de agradecer* indica que en ambos grupos existen diferencias estadísticamente significativas:  $p=0.001$  es decir, la probabilidad de que las diferencias en la puntuación de ambos grupos se debe a la influencia del reactivo y su

significado es del 99.9% y existe una probabilidad del 0.1% de que las diferencias se deban al azar. De acuerdo con la tabla de rangos, las personas que reportaron padecer diabetes arrojan puntuaciones más altas en este reactivo, ya que su puntuación promedio es de 37.92, mientras que los individuos que no padecen diabetes obtuvieron una puntuación promedio de 23.08. Por lo que se concluye que los individuos de la muestra que padecen diabetes reportan un mayor nivel de *ganas de agradar*.

Al reactivo No. 47 *Siento que no puedo controlar mis impulsos sexuales* indica que la significancia asintótica es  $p=0.007$  por lo que la diferencia es estadísticamente significativa con un nivel de exactitud de 99.3%, es decir, se esperaría un resultado similar en otra población o muestra distinta en un 0.7% de los casos, por lo que se puede concluir que las diferencias en las puntuaciones de ambos grupos se debe a la influencia del reactivo sobre la respuesta dada con una probabilidad de 99.3% y se podría deber a la falta de control del azar en sólo un 0.7%. De acuerdo con la tabla de rangos (anexo 3) el grupo de personas que reporta padecer diabetes obtuvo una puntuación promedio de 36.23, mientras que los individuos que no tienen diabetes obtuvieron una puntuación promedio menor: 24.77. Por lo que se concluye que el grupo de sujetos de la muestra que padece diabetes reporta un menor *control de impulsos sexuales*.

Para el reactivo No. 35 *Siento que soy respetuoso* la significancia asintótica es  $p=0.011$ , por lo que la diferencia entre ambos grupos es significativa, la probabilidad de exactitud es de 98.9%; es decir, existe una probabilidad de 1.1% de encontrar los mismos resultados en otra población. El anexo 3, se puede observar que existe una mayor puntuación en este reactivo en el grupo de personas diabéticas: 35.87, mientras que los individuos que no padecen diabetes reportan una calificación promedio de 25.13; se concluye que se expresó en la aplicación un mayor *respeto* en el grupo de diabéticos.

El reactivo que arrojó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos fue el reactivo No. 95 *Me siento humillado*, de acuerdo con los resultados de las pruebas estadísticas, la significancia asintótica fue de  $p=0.030$ , es decir, existe una probabilidad de que la diferencia entre ambos grupos se deba a la influencia del reactivo sobre la posible respuesta de 97%, y una probabilidad de que la diferencia se deba a otras variables extrañas (probabilidad de error) del 3%. De acuerdo con el anexo 3 existió una mayor puntuación promedio en el grupo de personas que reportan padecer diabetes: 34.95, mientras que el grupo de las personas no diabéticas arrojó valor de puntuación promedio de 26.05. De esta forma se puede concluir que existe una mayor tendencia a *sentirse humillado* en el grupo de personas de la muestra que padece diabetes.

En cuanto al reactivo número 10 *Siento confianza en los demás* existe una significancia asintótica  $p=.033$ ; es decir, existen diferencias significativas con una probabilidad de 3.3% de encontrar las mismas diferencias en otra población, es decir, existe una exactitud de 96.7% que  $>$  a 95% y por lo tanto indica que si existió un comportamiento distinto en las respuestas de los dos grupos, esta diferencia en el comportamiento de respuesta se verifica en anexo 3, en donde se ve que para el reactivo No. 10 existió una mayor puntuación promedio en el grupo de individuos que padecen diabetes: 35.13; para el grupo de personas que no reporta padecer diabetes se observa una menor puntuación promedio: 25.87. Por lo que se concluye que se expresó una mayor *confianza en los demás* en el grupo de personas que padecen diabetes.

El reactivo No. 76 *Me siento aburrido* sometido a las pruebas estadísticas indica que existen diferencias estadísticamente significativas:  $p=0.036$ . El grado de certeza de que las diferencias son estadísticamente significativas es del 96.4%, es decir, existe un 3.6% de probabilidad de que las diferencias encontradas entre ambos grupos se deba a un error del investigador o en el control del azar. De acuerdo con la anexo 3. el grupo de personas con diabetes expresa una mayor puntuación: 35.05, mientras que los individuos que no padecen diabetes obtuvieron en conjunto una

puntuación promedio de 25.95. Por lo que se concluye que el grupo de sujetos con diabetes reporta un mayor nivel de *aburrimiento*.

En el reactivo No. 89 *Me siento justo* la diferencia entre ambos grupos de acuerdo con la prueba estadística es relativamente significativa si la frontera de decisión se reduce al 94.9% de exactitud:  $p=0.051$ . De la misma forma que en el reactivo No. 75, no se debería considerar significativa la diferencia debido a que el valor de exactitud es menor al 95%, sin embargo lo he reportado debido a la relatividad de la convención de la frontera de decisión, ya que únicamente por .001 ha sido sobrepasado el nivel de error establecido. Si se asumen diferencias estadísticamente significativas, se puede observar una mayor puntuación en los sujetos pertenecientes al grupo de personas diabéticas en el anexo 3: 34.73, mientras que el grupo de personas no diabéticas obtuvo una puntuación promedio de 26.27. Por lo que se podría concluir que el grupo de personas diabéticas reporta un mayor grado de *sentirse justo*.

Para el reactivo No. 75 *Siento que soy avaro* se obtuvo una significancia asintótica de 0.055, de acuerdo con la convención científica acerca e la frontera de decisión, este valor sobrepasa el valor de alfa considerado como significativo, ya que para que se considere como significativo este valor, la probabilidad de certeza debe ser mayor o igual al valor porcentual del 95%,

el valor porcentual obtenido por las pruebas estadísticas en este reactivo es de 94.5%, es decir, existe una probabilidad de error del 5.5%. A pesar de que no debe considerarse como significativa la diferencia entre ambos grupos he reportado este reactivo debido a la relatividad de la frontera de decisión, establecida por pura convención, más que por una cuestión determinada. El grupo de individuos que reporta padecer diabetes arroja una puntuación promedio de 34.55, mientras que el grupo de individuos que no padece diabetes reporta una puntuación menor: 26.45. Por lo que se podría concluir que las personas que padecen diabetes en la muestra expresan un mayor nivel de *avaricia* con una exactitud del 94.5%.

El reactivo no. 37 *Siento cariño hacia mis amigos* reporta una significancia asintótica  $p=0.010$ , es decir, las diferencias entre ambos grupos es significativa con una probabilidad de error del 1%. Es decir, se esperaría el mismo resultado en la comparación con otra población en un caso de cien, o bien, en el 99% de los casos se esperaría un valor diferente, por lo que se concluye que existió una diferencia en la tendencia de respuesta entre los diabéticos y los no diabéticos. Para este caso, la personas que no reportan tener diabetes existió una mayor puntuación promedio: 35.97, mientras que los diabéticos reportan una puntuación de 25.03, por lo que se concluye que el grupo de personas no diabéticas de la muestra expresa un mayor *cariño hacia los amigos* que el grupo de individuos diabéticos.

Para el reactivo no. 83 *Siento ternura* también existieron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con la prueba aplicada de comparación de grupos independientes;  $p= 0.013$ . El grado de certeza de que las diferencias se deben a la influencia del reactivo en la respuesta de los individuos es del 98.7% y la probabilidad de error al asumir las diferencias es del 1.3%. De acuerdo con el anexo 3, el grupo de personas que no padece diabetes obtuvo una puntuación promedio de 35.78, mientras que el grupo de sujetos de la muestra con diabetes obtuvo una puntuación promedio menor: 25.22. Por lo que se concluye que existió una mayor expresión de *ternura* en el grupo de personas que no padecen diabetes.

El análisis estadístico aplicado al reactivo no. 88 *Siento dolor* arroja diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos:  $p=0.035$ . De acuerdo con el valor de significancia asintótica, existe una probabilidad de exactitud, es decir, de que las diferencias se deban a la influencia del reactivo en las respuestas de los sujetos, del 96.5%, y una probabilidad de error del 3.5%. Como se observa en el anexo 3, el grupo de personas que no padece diabetes obtuvo una mayor puntuación promedio: 35.05, mientras que el grupo de diabéticos obtuvo una puntuación de 25.95. Por lo

que se concluye que las personas que no padecen diabetes expresaron un mayor nivel de *dolor*.

De acuerdo con las pruebas estadísticas aplicadas al reactivo no. 70 *Me siento enamorado*, la diferencia existente en las puntuaciones dadas por ambos grupos es estadísticamente significativa:  $p=0.046$ . La probabilidad de que las diferencias entre ambos grupos se deban a la influencia del reactivo sobre la posible respuesta dada es del 95.4%, mientras que la probabilidad de que las diferencias entre ambos grupos se deba al azar es de 4.6%. De acuerdo con la anexo 3. los individuos pertenecientes al grupo que no padece diabetes obtuvo una mayor puntuación promedio: 34.80, mientras que el grupo de individuos que padece diabetes obtuvo una menor puntuación promedio: 26.2, por lo que se concluye que existió una mayor frecuencia en la respuesta de *sentirse enamorado* en el grupo de personas que no padece diabetes.

Para los 84 reactivos restantes del instrumento las diferencias entre diabéticos y no diabéticos no resultaron significativas.

## **IV DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

## IV DISCUSIÓN DE RESULTADOS

---

Los resultados del cuestionario de autocuidado confirman que de acuerdo con la pregunta ¿padece alguna enfermedad?, es importante tener conciencia de enfermedad, aspecto que el 100% de la muestra en el grupo de diabéticos acepta que la diabetes es una enfermedad que requiere cuidado y tratamiento, pues saben que es importante conservar su integridad y prevenir las complicaciones agudas como la elevación o el descenso súbito del azúcar y las complicaciones crónicas. También se observa que las reacciones que se presentan frente al diagnóstico de diabetes son variadas, este grupo de diabéticos de acuerdo a la pregunta No. 3 expresaron sentir en este orden de frecuencia los siguientes afectos: un 33.3% tristeza, el 26.6% miedo, el 20.2% sorpresa, el 13.3% coraje y el 6.6% preocupación, ya que para el enfermo de diabetes es importante aprender a reconocer que afectos aparecen y como van cambiando, de manera que se hable de su enfermedad para lograr la aceptación de está y atenderla en la forma que lo indique su médico (Vázquez, F. 2002).

De igual manera, se observó que el 100% de los diabéticos se perciben más controlados médicamente en el nivel de azúcar en su tratamiento, esto también lo sienten como una manera de controlar sus afectos, para sentirse mejor. García y Padilla (en 1994 citadas de Patlán, M.E. 1999), explican que

la expresión de la forma de vivir de cada persona, de ser y de relacionarse con el exterior es una expresión de lo que la persona siente interiormente y que la forma en la que conserva a aquellas personas y objetos queridos se refleja en la manera en que se cuida y la manera en como se relaciona con las personas, es decir, cuando el diabético se adhiere a su médico y a su tratamiento logra conservar mayor estabilidad en su vida afectiva.

Se ratifica que el 100% de los diabéticos de la muestra en la pregunta No. 5 presentan los síntomas que son indicadores de la enfermedad como se menciona los datos de sintomatología de la diabetes, por lo tanto, el objetivo del tratamiento es mejorar los síntomas, así como la calidad de vida, y prevención de complicaciones agudas, crónicas, y reducción de la mortalidad y tratamiento de las patologías asociadas (Vázquez, F. 2002).

En este grupo de diabéticos un 76.6% demuestra haber mejorado mucho en su tratamiento, pero que a su vez, confirman que el tratamiento médico con frecuencia es complicado y requiere que el paciente haga grandes cambios de sus conductas para evitar las complicaciones nerviosas y vasculares que la enfermedad provoca (Alpizar, M. 2001). Asimismo este grupo de estudio el 100% busca controlar su enfermedad, ya que es necesario para que se expresen otras formas adecuadas de alimentación, expresión afectiva, y de cuidado para evitar sentirse mal, así la prevención indica que la persona hace lo posible para controlar su enfermedad y la

curación hace que el diabético desarrolle las habilidades que aprendió de pequeño, su capacidad de responsabilidad y acciones que lleven a soluciones para cuidar su salud. A su vez se muestra que existen factores que se les hace difícil seguir en su tratamiento, a saber en: un 40% los horarios de sus medicamentos, y en un 26.7% el adquirir los medicamentos, aspectos que los pacientes reconocen en esta investigación y al hacerlo logran tener una estabilidad en su salud controlando su enfermedad, al no reconocerlo le es perjudicial para la salud del diabético como lo menciona Fenichel, O.1991.

El 70% de los diabéticos mencionan que les es difícil aceptar la privación de ciertos alimentos que les pueden causar daño, y por lo tanto es difícil llevar a cabo una dieta para controlar su enfermedad, ya que se sienten privados de gratificaciones alimenticias que le son placenteras (Cameron, N. 2001).

En este estudio se indica que el 86.6% de las personas diabéticas son más constantes en su tratamiento si alguien esta con ellos, para indicarles que pasos seguir. En este caso el educador de diabetes es el médico que los atiende, con esto se evitan las complicaciones de su enfermedad y se busca que no abandonen su tratamiento farmacológico, dietético y su autocuidado. Si no logran este aspecto de apego a su tratamiento tienden demostrar

hostilidad y depresión que se manifiesta en el abandono del autocuidado de su enfermedad.

Por ello es importante la relación cercana en el tratamiento para que el paciente logre permanecer en él, no como una forma de dependencia sino como una relación afectiva de apego seguro que permita reconocer lo sano de la relación para su progreso (Patlán, M.E. 1999). Este proceso puede ser doloroso y prolongado, pero cuando no logran esta relación de apego terapéutico aparecen resistencias, factores como los que se encontraron en este estudio, ya que el 33.3% de los pacientes mencionan no asistir a sus consultas por falta de tiempo, por horarios, dinero, etc. Esto puede orillar al paciente a desistir o interrumpir su tratamiento. Como lo que sucedió con los pacientes del Hospital Juárez, que al no haber un médico que les requiera cuidado a su tratamiento, se vuelven inconstantes a la asistencia médica y es difícil observar un seguimiento del tratamiento en este lugar.

Por lo tanto, esta muestra de personas diabéticas demuestra que han logrado mantener un mejor control de su enfermedad en conjunto con su médico tratante. Aspecto que confirma la teoría de que es un factor importante el fuerte lazo afectivo que el diabético presenta para mantenerse constante en su tratamiento y sobrellevar su enfermedad, así como el apoyo médico de apego terapéutico que tienen para comprender el proceso de su

enfermedad y que le permita distinguir cuando empeora o mejora (Patlán, M.E. 1999).

Este estudio indica que las personas diabéticas son más constantes en su tratamiento cuando el médico que los atiende es firme y exigente con las indicaciones, para evitar complicaciones de su enfermedad y no abandonen su tratamiento.

De esta manera, en la relación médico – paciente ambos participan para lograr que el diabético permanezca en el tratamiento, mediante una relación afectiva que permita reconocer lo sano de la relación para su progreso, por ello en la relación con el médico que son atendidos, existe respeto para obedecer las indicaciones que se le dan, pues el médico que presenta una actitud de autoridad ayuda al diabético a controlar su enfermedad, ocasionando un sentimiento de confianza y cuidado para su tratamiento ya que el objetivo del tratamiento es mejorar los síntomas, así como la calidad de vida, y prevención de complicaciones agudas, crónicas, y reducción de la mortalidad y tratamiento de las patologías asociadas (Vázquez, F. 2002). De esta manera, es importante la confianza que deposita el diabético en su médico, pues es un afecto donde hay contacto y cercanía, que perdura cuando se cubren las necesidades de cuidado y amor hacia sí mismo y hacia los demás, para evitar sentirse rechazado. Ya que para el diabético, el médico es una figura internalizada que brinda apoyo representa al padre en

aspectos de protección y obediencia que ocasiona sentirse cuidado, y al mismo tiempo cuidarse, para el bienestar de su salud y tener una mayor funcionalidad en obedecer para mantener su calidad de vida, y a su vez el logro de la adherencia terapéutica y el autocuidado. Morales y Alatraste (1994 citadas en Zarco, S. 2003)

En los resultados del cuestionario de afectos de esta investigación se encontró que la diabetes no es un factor que afecte en la expresión total de los afectos, es decir, no se observa diferencia significativa en la expresión de los afectos por factores, afectos que: conservan al yo, que incrementan al yo, que decrementan al yo y afectos relacionados con sus objetos. Por lo que la diabetes no es una variable que altere por factores yoicos la vida afectiva de las personas. Sin embargo, si se muestran diferencias estadísticamente significativas en algunos reactivos, esto demuestra que los cambios afectivos en el diabético se dan en ciertos aspectos, obteniendo como resultado un perfil de afectos en el diabético.

Así, en los resultados se encuentra que es importante para el diabético la aceptación, ya que, es primordial para él agrandar a las personas lo que está, por lo tanto, íntimamente relacionado con su autoestima, pero también busca la aceptación de su pareja.

Esto se deduce porque el segundo reactivo significativo expresa que al diabético le preocupa no poder controlar sus impulsos sexuales, por lo que

de esta manera desea tener contacto, cercanía y confianza física y emocionalmente, como una forma de comprensión para lograr la aceptación hacia los cambios que va experimentando corporal y afectivamente, ya que le es difícil aceptar, entender y controlar su enfermedad aunque lo está haciendo. Por ello, el diabético se frustra cuando no puede satisfacer sus demandas de amor y atención, sintiéndose rechazado y menguando nuevamente su autoestima. En esta investigación se arroja el resultado de la importancia que tiene para el diabético la vida sexual en la que se conjuga gran parte de la expresión afectiva y de intimidad (Erickson 1990). Así, la manifestación de su preocupación en el control de sus impulsos sexuales, se debe a que sino logran agradar en este aspecto, se siente humillado, despreciado o no aceptado y como se dijo anteriormente influye en su autoestima.

De este modo, los diabéticos expresan sentir mayor respeto, pues este es un sentimiento que se expresa como un valor, ya que se estima a una persona que inspira admiración o autoridad, y por lo tanto, que incrementa la autoestima.

De esta manera la pareja, el médico tratante y las personas que rodean al diabético si le inspiran respeto se siente valorado, sin embargo, como el diabético siente que tiene poca capacidad para controlar sus impulsos sexuales, existe en él a la vez un temor latente a fallar y perder el respeto

de los demás y sentirse despreciado. Por ello, es importante que el diabético logre tener confianza, aceptar y conocer la manera de estabilizar su enfermedad, ya que la confianza es un sentimiento que se adquiere durante los primeros años de vida y se fortalece en las futuras relaciones afectivas con aspectos de cuidado y amor (Erickson, E. 1990). De tal manera, que el diabético pueda confiar en que no perderá la aceptación, a pesar de que en ocasiones puede perder el control.

De esta manera, cuando el diabético no logra sentir la aceptación aparecen los afectos de sobrecontrol como el sentirse aburrido, pues es un afecto que inhabilita la expresión de afectos, como una forma de castigarse controlando los afectos positivos como sentir ternura, cariño y sentirse enamorado, que está relacionado al propio temor a la expresión descontrolada de la sexualidad. Por esto, el sentirse justo que es un valor nuevamente que se relaciona con la aceptación y la autoestima tiene que ver con lo que el diabético se permite expresar, desear y/o pensar, ya que intervienen los principios y valores socioculturales que la persona considera como buenos o malos, porque para él lo anterior influye para sentirse aceptado o rechazado.

Otro de los afectos que el diabético utiliza como mecanismo de sobrecontrol ante el sentimiento de rechazo es el sentirse avaro, esto es, que de acuerdo

con la línea del desarrollo psicosexual de A. Freud (1993) en la fase anal se divide en: expulsiva y retentiva en donde el niño encuentra placer en expulsar y retener al objeto, para defenderlo de expresarle afectos, es decir, de esta manera controla la cantidad y calidad de afecto que expresa hacia quienes le son personas cercanas y hacia los demás, pues, se contiene al expresar sus afectos para evitar sentirse no aceptado, dependiendo de ello su autoestima y la aceptación o el rechazo. Así el diabético para resolver ese conflicto afectivo, se obsesiona al realizar actividades y conductas que pueda manipular como el cuidarse o descuidarse, esto es al mantener una alimentación balanceada o ingerir dulces, harinas o grasas que son alimentos que el diabético sabe que le hacen daño, otra forma es su decisión de expresar o no expresar cariño a quienes le rodean, limitando la cantidad de cariño que da.

Ante el temor de tener una expresión inadecuada de los afectos y un control inadecuado al diabético le es difícil expresar con amigos o a personas cercanas, cariño, sentimientos de ternura, sentirse enamorado y dolor, por ello utiliza como defensa la alexitimia que es la dificultad para expresar afectos, en donde los racionaliza utilizando el pensamiento operatorio, es en donde las personas son puramente racionales, es decir no hay relación entre sus pensamientos y sus afectos. (MacDougall J. 1995)

Así, el diabético controla demasiado la expresión de sus afectos de ternura, cariño y contacto, y busca una explicación razonable a toda acción que

realiza y se rigidiza en sus pensamientos para no sentirse despreciado, cerrándose nuevamente el ciclo del predominio de la necesidad de mantener su autoestima lo más estable posible.

# **V CONCLUSIONES**

## V CONCLUSIONES

---

1. De acuerdo con las Hipótesis de trabajo planteadas en esta investigación:

1. Ho.- No existe relación estadísticamente significativa entre los afectos que mantienen al yo en personas diabéticas y no diabéticas.

2. Ho.- No existe relación estadísticamente significativa entre los afectos que incrementan al yo en personas diabéticas y no diabéticas.

3. Ho.- No existe relación estadísticamente significativa entre los afectos que decrementan al yo en personas diabéticas y no diabéticas.

4. Ho.- No existe relación estadísticamente significativa entre los afectos relacionados con las personas que son significativas para el diabético y los afectos relacionados con las personas significativas para el no diabético.

5. Ho.- No existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado de los pacientes diabéticos y los no diabéticos.

Por lo tanto se comprueban dichas hipótesis en las que no existe relación estadísticamente significativa en los cuatro factores de afectos entre diabéticos y no diabéticos. Es decir, no se observa diferencia significativa en la expresión total de los afectos o por factores, afectos que: conservan al yo, que incrementan al yo, que decrementan al yo y afectos relacionados con sus objetos.

**Por lo tanto, la diabetes no es una variable que altere en su totalidad o por factor la vida afectiva de las personas en esta muestra,** solo de manera temporal como cuando expresaron sentir tristeza, miedo, sorpresa, coraje y preocupación, ya que para el enfermo de diabetes es importante aprender a reconocer que afectos aparecen y como van cambiando, de manera que se hable de su enfermedad para lograr la aceptación de está y atenderla en la forma que lo indiquen.

**2.- En cuanto a los objetivos generales** de esta investigación se concluyen los siguientes resultados:

**a) El primer objetivo fue encontrar un perfil de afectos en el diabético,** obteniendo como resultado un primer perfil afectivo en la primera fase de la enfermedad en el cuestionario de autocuidado realizado con un análisis de frecuencias, esto es que, al enterarse las personas que su enfermedad es diabetes expresaron sentir en este orden de importancia los siguientes afectos: miedo, sorpresa, coraje, y preocupación. Posteriormente se obtuvo el perfil de afectos del diabético a través del cuestionario de afectos, que se muestra como estadísticamente significativo. El perfil afectivo del diabético, de acuerdo a esta investigación es el siguiente en el siguiente orden en que se muestra:

## REACTIVOS SIGNIFICATIVOS EN PERSONAS CON DIABETES

REACTIVO	NIVEL DE SIGNIFICANCIA ASINTONICA
66. Siento ganas de agradar	.001
47. Siento que no puedo controlar mis impulsos sexuales.	.007
35. Siento que soy respetuoso	.011
95. Me siento humillado	.030
10. Siento confianza en los demás	.033
76. Me siento aburrido	.036
89. Me siento justo	.051*
75. Siento que soy avaro	.055*

Reactivos con diferencias estadísticamente significativas con probabilidad de error menor al 5% en el grupo de diabéticos.

\*Diferencias significativas con nivel de error mayor al 5% pero menor al 6% (poco más del 94% de exactitud pero menor al 95%).

Por lo que se concluye que para el diabético el deseo de agradar, el respeto y la confianza tienen que ver con la aceptación y por ello con la autoestima, traduciéndose por lo tanto, en estas necesidades afectivas del perfil del diabético: una baja autoestima.

En el perfil de afectos del diabético se concluye que existe una lucha antagónica entre los afectos que mantienen su autoestima contra los afectos que la decrementan. Esto es que, siente ganas de agradar pero, también teme sentir que no poder controlar sus impulsos sexuales, al no expresar sus afectos adecuadamente, por ello busca sentirse respetuoso lo que demuestra que siente estima a una persona que le inspira admiración o

autoridad, sin embargo también se siente humillado cuando no logra expresar la cercanía o el contacto afectivo que tiene tanta importancia para él, por ello es importante que el diabético logre tener confianza, aceptar y conocer la manera de estabilizar su enfermedad, de tal manera, que el diabético sienta confianza en que no perderá la aceptación, a pesar de que en ocasiones puede perder el control. De este modo, en el antagonismo también expresa sentir afectos de sobrecontrol como el sentirse aburrido, pues es un afecto que inhabilita la expresión de afectos, como una forma de castigarse controlando los afectos positivos como sentir ternura, cariño y sentirse enamorado, que esta relacionado al propio temor a la expresión descontrolada su sexualidad. Por esto el sentirse justo que es un valor nuevamente que se relaciona con la aceptación y la autoestima tiene que ver con lo que el diabético se permite expresar, desear y/o pensar, ya que intervienen los principios y valores socioculturales que la persona considera como buenos o malos, porque para él lo anterior influye para sentirse aceptado o rechazado ante esto puede sentirse avaro, pues controla la cantidad y calidad de afecto que expresa hacia su pareja y hacia los demás, Así el diabético para revolver ese conflicto afectivo, se obsesiona al realizar actividades y conductas que pueda manipular como el cuidarse o descuidarse.

Los siguientes resultados son significativos en el no diabético:

### REACTIVOS SIGNIFICATIVOS EN PERSONAS NO DIABETICAS

REACTIVO	NIVEL DE SIGNIFICANCIA ASINTONICA
37. Siento cariño hacia mis amigos	.010
83. Siento ternura	.013
88. Siento dolor	.035
70. Me siento enamorado	.046

Reactivos con diferencias estadísticamente significativas con probabilidad de error menor al 5% en el grupo de no diabéticos.

Por lo tanto, se observan diferencias significativas, concluyendo que las personas **no diabéticas** pueden expresar sin dificultad los afectos de aceptación y cariño hacia los que le rodean.

<b>Es decir, al diabético se le dificulta :</b>
Sentir cariño hacia quienes le rodean
Sentir ternura
Sentir dolor
Sentirse enamorado

Tabla que describe que afectos se les dificulta expresar a los diabéticos.

Se concluye que al diabético se le dificulta expresar sus afectos y los controla para no sentirse apenado o avergonzado debido a que la gente descubra sus deseos de devaluación, ya que en él prevalece la lucha entre

estos afectos. Por eso se le dificultad discriminar los sentimientos positivos en donde los racionaliza e utiliza el pensamiento operatorio, funcionando en forma puramente racional.

**b) En cuanto al segundo objetivo general de esta investigación conocer el autocuidado del paciente con diabetes,** los resultados muestran la mayoría ha mejorado en su tratamiento para evitar sentirse mal, esto si alguien está pendiente de su cuidado y medicamento, ya que debido a la baja autoestima del diabético y al funcionamiento de las defensas obsesivas es importante mantener contacto o vínculo cercano con su médico, pues es quien si se muestra con una actitud firme y exigente sobre lo que tiene que hacer el diabético, logra mantener el respeto y la obediencia, es decir, deposita un fuerte sentimiento de confianza en el médico que le indica su tratamiento farmacológico y dietético, pues por ello se vuelven dependientes de su médico. Asimismo el diabético se muestra respetuoso hacia las personas que lo rodean y hacia quienes siente interés, ya que este es un sentimiento que se forma con el apoyo de la figura internalizada de la madre que brinda aspectos de cuidado que ocasiona sentirse cuidado, y al mismo tiempo cuidarse, para el bienestar de su salud y tener una mayor funcionalidad para mantener su calidad de vida, esto conlleva al logro de la adherencia terapéutica y el autocuidado. Por el contrario si el médico no logra este vínculo con su paciente, el paciente diabético debido a su baja

autoestima tiende a descuidarse dada a su tendencia a la obsesividad, por lo que se rebela y no sigue el tratamiento porque se acentúa su ambivalencia afectiva despegándose del seguimiento de su tratamiento.

La conclusión de este trabajo es la importancia que surge en el diabético su autoestima y el respeto que son necesarias para mantener la confianza, ya que, el sentirse aceptado y le ayuda a impedir que recurra a defensas obsesivas al grado de aislar la expresión de sus afectos de aceptación y cariño a través de la racionalización y la alexitimia. Por el contrario, comprender la importancia de la vida afectiva del diabético, en el intento por mantener un sentimiento de aceptación se convierte en una motivación para su autocuidado y al mismo tiempo mantiene su autoestima.

Además también es importante promover entre el médico y el paciente un vínculo cercano. Para ello, se requiere por parte del médico actitudes de firmeza y exigencia, para que así pueda mantener la adherencia terapéutica con el diabético ayudando a que el diabético sienta respeto al cumplir con él, de tal manera que se sienta aceptado y valorado al cuidar y cumplir su tratamiento y su dieta alimenticia. Esto conlleva a elevar la autoestima del diabético y se vuelve a su vez una motivación para que el diabético pueda manejar una forma más adecuada en la expresión de sus afectos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

1. Alpizar, M. (2002), Guía para el manejo integral del paciente diabético: México D. F.: Manual moderno
2. Araujo, C. (1996), Tesis Problemas Emocionales de Pacientes Diabéticos Juveniles: México D. F.: UNAM
3. Bellak, L. (1996), Evaluación de las funciones yoicas: México D. F. : Manuel Moderno
4. Brazelton, T., Bergman, A. y Simo, J. (1991), El Nacimiento Emocional del Niño. México D. F.: IIPCS
5. Cameron, N. (1986), Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: México D. F.; Trillas
6. Davidoff, L. (1989), Introducción a la Psicología: México D. F.: Mc Graw Hill
7. Educación Médica Continua, (2003) Diabetes Mellitus No insulina Dependiente (Tipo 2). <http://www.tusalud.com.mx>.
8. Erikson, E. (1990), El Ciclo Vital Completado: México D. F.: Paidós
9. Fadiman, J. y Frager, R (1979), Teorías de la Personalidad: México D. F.: Harla

10. Fenichel, O. (1991), Teoría Psicoanalítica de la Neurosis: México D. F.: Paidós
11. Freud, A. (1993), Normalidad y Patología en la niñez: Buenos Aires Argentina: Paidós
12. Gallegos, E. Cárdenas, V. y Salas, M. (1999), Capacidades de autocuidado del adulto con diabetes tipo 2.  
<http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/capacidades.htm>
13. García, G. & Mendoza, A. (1989), Tesis Comunicación Verbal en Psicoterapia Familiar: México D. F.: UNAM
14. González, J. J. (1990), Los Afectos su Expresión Masculina: México D. F.: IIPCS
15. González, A. (1999), Tesis Valores, Afectos y Límites en Menores Infractores: México, D. F.: IIPCS
16. González, J. J. (2000), Teoría y Técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes: México D. F.: Trillas.
17. González, J. J. (2001), Psicopatología de la Adolescencia: México D. F. Manual Moderno.
18. González A. (2002), Aletheia Psicología y Psicoanálisis. Sintonía o Disonía afectiva en el adolescente. Revista Anual. No. Veintiuno 85

19. González, J. J. y Rodríguez, M. (2002), Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica: México D. F.: Plaza y Valdez
20. González, A. (2004), Relaciones Interpersonales en el área social. en González, J. J. Relaciones interpersonales: México D. F.: Manual Moderno
21. Hall, C. Lindzey, G. (1975). Las grandes teorías de la personalidad. México: Paidós
22. Hinojosa, P. (1995), Tesis Factores Psicológicos en un grupo de Niños Asmáticos y No Asmáticos evaluados con CAT-H y CAT-S: UNAM, México, D. F. González, J.J. (1990), Los Afectos, su expresión masculina: México, D. F. IIPCS:
23. Recolectos Grupo de Comunicación S.A. (13/10/2003) Diabetes. <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5120,00.html>
24. Gómez F. (2004) (18 de enero de 2004) Diabetes Mellitus Tipo II. <http://www.viatusalud.com>
25. Lawrence, K. (1984), Psiquiatría Clínica Moderna: México D. F. La Prensa Médica Mexicana.
26. Mackdougall, J. (1995), Teatros del cuerpo: España: Julian Ye'benes, S.A.

27. Mackinnon, R. (1981), *Psiquiatría Clínica Aplicada*: México D. F.; Interamericana
28. Mahler, M. y Otros (1997), *El Nacimiento psicológico del Infante Humano*: Argentina; Marymar
29. Michaca, P. (1987), *Desarrollo de la Personalidad*: México D. F.: Pax México
30. Munguía, C. (2001), *Tesis La Adherencia al Tratamiento en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 Bajo la Óptica del Modelo Transteorico*: México D. F.: UNAM
31. Oñate, R. (2004), *Relaciones Interpersonales en la Infancia*: En González, J. J. *Relaciones interpersonales*: México D. F.: Manual Moderno.
32. Patlán, M.E. (1999), *Tesis Apego Psicoterapéutico en Pacientes Referidos a una Institución de Servicio*: México D. F.: IIPCS.
33. Romero, J. C., Licea, M. (2000), *Disfunción sexual eréctil en la diabetes mellitus*: *Rev. Cubana Endocrinología*  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol11\\_2\\_00/end07200.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol11_2_00/end07200.htm)
34. Red Científica, *ciencia, tecnología y pensamiento*, (2004), *El ser y la vida. Sentimientos y emociones en los seres vivos*.  
<http://www.redcientifica.com/doc/doc200305259809.html>

35. Spitz R. (1985), El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.
36. Uribe, T. (1999), El Autocuidado y su Papel en la Promoción de la Salud: México:  
<http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm#nota>
37. Vázquez, F. (2002), Sintiéndose bien con la diabetes: México, D. F.: Inter – sistemas
38. Zarco, S. (2003), Tesis Autocuidado, Sobreprotección, Adaptación Psicosocial y Rendimiento Escolar de 7 a 10 años: México D. F.: IIPCS

# Anexos

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO

**NOMBRE:**

**EDAD:**

**SEXO:**

#### **Instrucciones**

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo más honesto posible. Gracias.

1. ¿Padece alguna enfermedad?
2. ¿Hace cuanto tiempo?
3. ¿Cómo se sintió cuando se la diagnosticaron?
4. ¿Cómo se ha sentido a lo largo de su evolución?
5. ¿Cuáles son las molestias físicas que presenta con su enfermedad?
6. ¿Cuánto siente que ha mejorado?  
MUCHO    POCO    NADA
7. ¿Siente que lo que le han recetado es adecuado?
8. ¿Suele controlar su enfermedad?
9. ¿Qué es lo que le da trabajo de cumplir con sus medicamentos?
10. ¿Qué es lo que le da trabajo de mantener estable su enfermedad?
11. ¿Si alguien estuviera al pendiente de su medicina y cuidado cumpliría mejor su tratamiento?
12. ¿Por qué cree que en determinados momentos deja su tratamiento médico?



HOJAS DE RESPUESTAS

A continuación por favor rellena totalmente el círculo que  
Indique tu respuesta del cuestionario de afectos

- |                         |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. (1) (2) (3) (4) (5)  | 33. (1) (2) (3) (4) (5) | 65. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 2. (1) (2) (3) (4) (5)  | 34. (1) (2) (3) (4) (5) | 66. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 3. (1) (2) (3) (4) (5)  | 35. (1) (2) (3) (4) (5) | 67. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 4. (1) (2) (3) (4) (5)  | 36. (1) (2) (3) (4) (5) | 68. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 5. (1) (2) (3) (4) (5)  | 37. (1) (2) (3) (4) (5) | 69. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 6. (1) (2) (3) (4) (5)  | 38. (1) (2) (3) (4) (5) | 70. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 7. (1) (2) (3) (4) (5)  | 39. (1) (2) (3) (4) (5) | 71. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 8. (1) (2) (3) (4) (5)  | 40. (1) (2) (3) (4) (5) | 72. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 9. (1) (2) (3) (4) (5)  | 41. (1) (2) (3) (4) (5) | 73. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 10. (1) (2) (3) (4) (5) | 42. (1) (2) (3) (4) (5) | 74. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 11. (1) (2) (3) (4) (5) | 43. (1) (2) (3) (4) (5) | 75. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 12. (1) (2) (3) (4) (5) | 44. (1) (2) (3) (4) (5) | 76. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 13. (1) (2) (3) (4) (5) | 45. (1) (2) (3) (4) (5) | 77. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 14. (1) (2) (3) (4) (5) | 46. (1) (2) (3) (4) (5) | 78. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 15. (1) (2) (3) (4) (5) | 47. (1) (2) (3) (4) (5) | 79. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 16. (1) (2) (3) (4) (5) | 48. (1) (2) (3) (4) (5) | 80. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 17. (1) (2) (3) (4) (5) | 49. (1) (2) (3) (4) (5) | 81. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 18. (1) (2) (3) (4) (5) | 50. (1) (2) (3) (4) (5) | 82. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 19. (1) (2) (3) (4) (5) | 51. (1) (2) (3) (4) (5) | 83. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 20. (1) (2) (3) (4) (5) | 52. (1) (2) (3) (4) (5) | 84. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 21. (1) (2) (3) (4) (5) | 53. (1) (2) (3) (4) (5) | 85. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 22. (1) (2) (3) (4) (5) | 54. (1) (2) (3) (4) (5) | 86. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 23. (1) (2) (3) (4) (5) | 55. (1) (2) (3) (4) (5) | 87. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 24. (1) (2) (3) (4) (5) | 56. (1) (2) (3) (4) (5) | 88. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 25. (1) (2) (3) (4) (5) | 57. (1) (2) (3) (4) (5) | 89. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 26. (1) (2) (3) (4) (5) | 58. (1) (2) (3) (4) (5) | 90. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 27. (1) (2) (3) (4) (5) | 59. (1) (2) (3) (4) (5) | 91. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 28. (1) (2) (3) (4) (5) | 60. (1) (2) (3) (4) (5) | 92. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 29. (1) (2) (3) (4) (5) | 61. (1) (2) (3) (4) (5) | 93. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 30. (1) (2) (3) (4) (5) | 62. (1) (2) (3) (4) (5) | 94. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 31. (1) (2) (3) (4) (5) | 63. (1) (2) (3) (4) (5) | 95. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 32. (1) (2) (3) (4) (5) | 64. (1) (2) (3) (4) (5) | 96. (1) (2) (3) (4) (5) |

## CUESTIONARIO DE AFECTOS HOJA DE PREGUNTAS

Enseguida encontrarás una lista de afectos (sentimientos) que pueden ser sentidos o referidos por ti; en la hoja de respuestas rellena el círculo que indique tu respuesta. El número de tu respuesta indica la frecuencia con que sientes cada uno de los afectos. El número 5 quiere decir que **muy frecuente** lo sientes; el número 4 que **frecuentemente** lo sientes; el número 3 que **medianamente frecuente** lo sientes; el número 2 que **poco frecuente** lo sientes; y el número 1 que **muy poco frecuente** lo sientes. Por favor no dejes ninguna respuesta en blanco. En este cuestionario no hay respuestas buenas ni malas, la respuesta que se espera es aquella que sea sincera. No escribas en esta hoja.

Gracias por tu cooperación.

1. Me siento acompañado	35. Siento que soy respetuoso
2. Siento que soy creativo	36. Siento que soy grosero
3. Siento que soy original	37. Siento cariño hacia mis amigos
4. Siento que soy exitoso	38. Siento cariño hacia mi familia
5. Siento que defraudo a los demás	39. Siento ganas de aislarme
6. Siento que soy autosuficiente	40. Siento ganas de vengarme
7. Siento que cumplo con mis metas	41. Siento ganas de pegar
8. Siento que soy responsable	42. Me siento agresivo
9. Siento que tengo confianza en mi mismo	43. Siento ganas de irme de mi casa
10. Siento confianza en los demás	44. Siento rencor
11. Me siento optimista	45. Siento satisfacción
12. Me siento fracasado en mi vida emocional	46. Siento que no puedo controlar mi coraje
13. Siento que he perdido	47. Siento que no puedo controlar mis impulsos sexuales
14. Siento que no cumplo con mis metas	48. Me siento abandonado
15. Me siento feliz	49. Siento desprecio
16. Siento que estoy contento	50. Me siento despreciado
17. Siento que estoy contento con mi mamá	51. Siento amor
18. Siento ganas de ayudar a las personas que no se pueden superar	52. Siento que soy amigable
19. Me siento fracasado en mis estudios	53. Siento desesperación
20. Me siento fracasado en mi vida social	54. Me siento motivado
21. Me siento deprimido	55. Siento nostalgia
22. Siento que trato correctamente a las personas	56. Siento que puedo corregir
23. Me siento enojado con mis hermanos	57. Siento miedo
24. Me siento enojado con mi mamá	58. Me siento desilusionado
25. Me siento enojado con mi papá	59. Me siento nervioso
26. Siento que soy sincero con los demás	60. Siento envidia
27. Siento coraje	61. Siento que tengo iniciativa
28. Me siento triste	62. Siento celos
29. Me siento culpable	63. Me siento productivo
30. Siento que soy comprensivo	64. Me siento incomprendido
31. Me siento enojado	65. Me siento indiferente
32. Siento ganas de ayudar a la naturaleza	66. Siento ganas de agradecer
33. Me siento arrepentido	67. Me siento egoísta
34. Siento que soy sincero conmigo	68. Me siento infiel

69. Me siento bondadoso	83. Siento ternura
70. Me siento enamorado	84. Me siento conforme
71. Me siento hipócrita	85. Siento admiración
72. Siento ganas de superarme	86. Siento amargura
73. Siento ganas de suicidarme	87. Me siento obediente
74. Me siento reprimido	88. Siento dolor
75. Siento que soy avaro	89. Me siento justo
76. Me siento aburrido	90. Me siento honrado
77. Siento precaución	91. Me siento noble
78. Siento que soy compartido	92. Siento que perdono
79. Me siento paciente	93. Siento simpatía
80. Siento lealtad	94. Siento fastidio
81. Siento gratitud	95. Me siento humillado
82. Siento libertad	96. Siento vergüenza

## ANEXO 3

**Anexo 3. Puntuaciones promedio por reactivo de cada grupo independiente (diabéticos y no diabéticos). Rangos**

	¿Padece diabetes?	N	Rango promedio	Suma de rangos
1. Me siento acompañado	si	30	30.77	923.00
	no	30	30.23	907.00
	Total	60		
2. Siento que soy creativo	si	30	31.55	946.50
	no	30	29.45	883.50
	Total	60		
3. Siento que soy original	si	30	34.23	1027.00
	no	30	26.77	803.00
	Total	60		
4. Siento que soy exitoso	si	30	33.48	1004.50
	no	30	27.52	825.50
	Total	60		
5. Siento que defraudo a los demás	si	30	28.28	848.50
	no	30	32.72	981.50
	Total	60		
6. Siento que soy autosuficiente	si	30	27.63	829.00
	no	30	33.37	1001.00
	Total	60		
7. Siento que cumplo con mis metas	si	30	32.30	969.00
	no	30	28.70	861.00
	Total	60		
8. Siento que soy responsable	si	30	32.42	972.50
	no	30	28.58	857.50
	Total	60		
9. Siento que tengo confianza en mí mismo	si	30	30.17	905.00
	no	30	30.83	925.00
	Total	60		
10. Siento confianza en los demás	si	30	35.13	1054.00
	no	30	25.87	776.00
	Total	60		
11. Me siento optimista	si	30	31.92	957.50
	no	30	29.08	872.50
	Total	60		
12. Me siento fracasado en mi vida emocional	si	30	31.80	954.00
	no	30	29.20	876.00
	Total	60		
13. Siento que he perdido	si	30	31.98	959.50
	no	30	29.02	870.50
	Total	60		
14. Siento que cumplo con mis metas	si	30	34.38	1031.50
	no	30	26.62	798.50
	Total	60		
15. Me siento feliz	si	30	29.67	890.00
	no	30	31.33	940.00
	Total	60		
16. Siento que estoy contento	si	30	32.07	962.00
	no	30	28.93	868.00
	Total	60		
17. Siento que estoy contento con mi mamá	si	30	28.77	863.00
	no	30	32.23	967.00
	Total	60		
18. Siento ganas de ayudar a las personas que no se pueden superar	si	30	31.73	952.00
	no	30	29.27	878.00
	Total	60		

19. Me siento fracasado en mis estudios	si	30	32.90	987.00
	no	30	28.10	843.00
	Total	60		
20. Me siento fracasado en mi vida social	si	30	30.80	924.00
	no	30	30.20	906.00
	Total	60		
21. Me siento deprimido	si	30	28.43	853.00
	no	30	32.57	977.00
	Total	60		
22. Siento que trato correctamente a las personas	si	30	31.35	940.50
	no	30	29.65	889.50
	Total	60		
23. Me siento enojado con mis hermanos	si	30	28.83	865.00
	no	30	32.17	965.00
	Total	60		
24. Me siento enojado con mi mamá	si	30	30.43	913.00
	no	30	30.57	917.00
	Total	60		
25. Me siento enojado con mi papá	si	30	30.50	915.00
	no	30	30.50	915.00
	Total	60		
26. Siento que soy sincero con los demás	si	30	31.13	934.00
	no	30	29.87	896.00
	Total	60		
27. Siento coraje	si	30	32.10	963.00
	no	30	28.90	867.00
	Total	60		
28. Me siento triste	si	30	27.83	835.00
	no	30	33.17	995.00
	Total	60		
29. Me siento culpable	si	30	30.13	904.00
	no	30	30.87	926.00
	Total	60		
30. Siento que soy comprensivo	si	30	33.63	1009.00
	no	30	27.37	821.00
	Total	60		
31. Me siento enojado	si	30	32.42	972.50
	no	30	28.58	857.50
	Total	60		
32. Siento ganas de ayudar a la naturaleza	si	30	31.50	945.00
	no	30	29.50	885.00
	Total	60		
33. Me siento arrepentido	si	30	30.52	915.50
	no	30	30.48	914.50
	Total	60		
34. Siento que soy sincero conmigo	si	30	31.13	934.00
	no	30	29.87	896.00
	Total	60		
35. Siento que soy respetuoso	si	30	35.87	1076.00
	no	30	25.13	754.00
	Total	60		
36. Siento que soy grosero	si	30	30.48	914.50
	no	30	30.52	915.50
	Total	60		
37. Siento cariño hacia mis amigos	si	30	25.03	751.00
	no	30	35.97	1079.00
	Total	60		

38. Siento cariño hacia mi familia	si	30	30.20	906.00
	no	30	30.80	924.00
	Total	60		
39. Siento ganas de aislarme	si	30	27.50	825.00
	no	30	33.50	1005.00
	Total	60		
40. Siento ganas de vengarme	si	30	30.77	923.00
	no	30	30.23	907.00
	Total	60		
41. Siento ganas de pegar	si	30	31.30	939.00
	no	30	29.70	891.00
	Total	60		
42. Me siento agresivo	si	30	31.83	955.00
	no	30	29.17	875.00
	Total	60		
43. Siento ganas de irme a mi casa	si	30	30.23	907.00
	no	30	30.77	923.00
	Total	60		
44. Siento rencor	si	30	31.05	931.50
	no	30	29.95	898.50
	Total	60		
45. Siento satisfacción	si	30	32.05	961.50
	no	30	28.95	868.50
	Total	60		
46. Siento que no puedo controlar mi coraje	si	30	33.97	1019.00
	no	30	27.03	811.00
	Total	60		
47. Siento que no puedo controlar mis impulsos sexuales	si	30	36.23	1087.00
	no	30	24.77	743.00
	Total	60		
48. Me siento abandonado	si	30	29.48	884.50
	no	30	31.52	945.50
	Total	60		
49. Siento desprecio	si	30	31.63	949.00
	no	30	29.37	881.00
	Total	60		
50. Me siento despreciado	si	30	31.95	958.50
	no	30	29.05	871.50
	Total	60		
51. Siento amor	si	30	29.93	898.00
	no	30	31.07	932.00
	Total	60		
52. Siento que soy amigable	si	30	30.97	929.00
	no	30	30.03	901.00
	Total	60		
53. Siento desesperación	si	30	29.12	873.50
	no	30	31.88	956.50
	Total	60		
54. Me siento motivado	si	30	32.92	987.50
	no	30	28.08	842.50
	Total	60		
55. Siento nostalgia	si	30	33.28	998.50
	no	30	27.72	831.50
	Total	60		
56. Siento que puedo corregir	si	30	32.77	983.00
	no	30	28.23	847.00
	Total	60		
57. Siento miedo	si	30	33.95	1018.50
	no	30	27.05	811.50
	Total	60		

58. Me siento desilusionado	si	30	32.48	974.50
	no	30	28.52	855.50
	Total	60		
59. Me siento nervioso	si	30	32.67	980.00
	no	30	28.33	850.00
	Total	60		
60. Siento envidia	si	30	30.52	915.50
	no	30	30.48	914.50
	Total	60		
61. Siento que tengo iniciativa	si	30	31.77	953.00
	no	30	29.23	877.00
	Total	60		
62. Siento celos	si	30	29.10	873.00
	no	30	31.90	957.00
	Total	60		
63. Me siento productivo	si	30	29.53	886.00
	no	30	31.47	944.00
	Total	60		
64. Me siento incomprendido	si	30	29.95	898.50
	no	30	31.05	931.50
	Total	60		
65. Me siento indiferente	si	30	34.27	1028.00
	no	30	26.73	802.00
	Total	60		
66. Siento ganas de agradar	si	30	37.92	1137.50
	no	30	23.08	692.50
	Total	60		
67. Me siento egoísta	si	30	32.95	988.50
	no	30	28.05	841.50
	Total	60		
68. Me siento infiel	si	30	31.40	942.00
	no	30	29.60	888.00
	Total	60		
69. Me siento bondadoso	si	30	31.57	947.00
	no	30	29.43	883.00
	Total	60		
70. Me siento enamorado	si	30	26.20	786.00
	no	30	34.80	1044.00
	Total	60		
71. Me siento hipócrita	si	30	30.83	925.00
	no	30	30.17	905.00
	Total	60		
72. Siento ganas de superarme	si	30	27.67	830.00
	no	30	33.33	1000.00
	Total	60		
73. Siento ganas de suicidarme	si	30	33.15	994.50
	no	30	27.85	835.50
	Total	60		
74. Me siento reprimido	si	30	28.27	848.00
	no	30	32.73	982.00
	Total	60		
75. Siento que soy aváro	si	30	34.55	1036.50
	no	30	26.45	793.50
	Total	60		
76. Me siento aburrido	si	30	35.05	1051.50
	no	30	25.95	778.50
	Total	60		
77. Siento precaución	si	30	31.95	958.50
	no	30	29.05	871.50
	Total	60		

78. Siento que soy compartido	si	30	26.47	794.00
	no	30	34.53	1036.00
	Total	60		
79. Me siento paciente	si	30	30.13	904.00
	no	30	30.87	926.00
	Total	60		
80. Siento lealtad	si	30	29.37	881.00
	no	30	31.63	949.00
	Total	60		
81. Siento gratitud	si	30	30.23	907.00
	no	30	30.77	923.00
	Total	60		
82. Siento libertad	si	30	30.12	903.50
	no	30	30.88	926.50
	Total	60		
83. Siento ternura	si	30	25.22	756.50
	no	30	35.78	1073.50
	Total	60		
84. Me siento inconforme	si	30	31.67	950.00
	no	30	29.33	880.00
	Total	60		
85. Siento admiración	si	30	23.95	718.50
	no	30	37.05	1111.50
	Total	60		
86. Siento amargura	si	30	34.37	1031.00
	no	30	26.63	799.00
	Total	60		
87. Me siento obediente	si	30	31.92	957.50
	no	30	29.08	872.50
	Total	60		
88. Siento dolor	si	30	25.95	778.50
	no	30	35.05	1051.50
	Total	60		
89. Me siento justo	si	30	34.73	1042.00
	no	30	26.27	788.00
	Total	60		
90. Me siento honrado	si	30	27.60	828.00
	no	30	33.40	1002.00
	Total	60		
91. Me siento noble	si	30	32.68	980.50
	no	30	28.32	849.50
	Total	60		
92. Siento que perdono	si	30	29.72	891.50
	no	30	31.28	938.50
	Total	60		
93. Siento simpatía	si	30	29.28	878.50
	no	30	31.72	951.50
	Total	60		
94. Siento fastidio	si	30	30.72	921.50
	no	30	30.28	908.50
	Total	60		
95. Me siento humillado	si	30	34.95	1048.50
	no	30	26.05	781.50
	Total	60		
96. Siento vergüenza	si	30	30.37	911.00
	no	30	30.63	919.00
	Total	60		